

Implicaciones Clínicas del Cutting en la adolescencia

Estudio Clínico de Casos

Mónica Estela Álvarez Grisales y Sandra Milena Estrada Rojas

Universidad del Norte

Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales

Maestría en Psicología- Profundización Clínica

2017

Implicaciones Clínicas del cutting en la adolescencia

Estudio clínico de casos

Mónica Estela Álvarez Grisales y Sandra Milena Estrada Rojas

Trabajo de Grado para optar el título de Magíster en Psicología

(Profundización Clínica)

Asesora

Mg. Mónica Schnitter Castellanos

Universidad del Norte

Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales

Maestría en Psicología – Profundización Clínica

2017

AGRADECIMIENTOS

A nuestra “Maestra” Mónica Schnitter por brindarnos su apoyo, acompañamiento, guía, por compartirnos sus invaluable conocimientos y sabiduría, especialmente por “estar ahí siempre”

A nuestros seres queridos: los presentes y los que no están, pero permanecen y vibran en nuestros corazones

A Valeria y Sara.

Tabla de contenido

2. Introducción	6
3. Justificación	7
4. Área problemática	14
5. Objetivos	16
General	16
Específicos.....	16
6. Historia clínica del paciente	17
6.1 Identificación de las pacientes.....	17
6.2 Motivo de consulta	18
6.3 Historia Personal.....	19
6.4 Historia Familiar.....	22
6.5 Genograma.....	26
6.5.1 Convenciones.....	26
6.6 Descripción sintomática	28
6.7 Evolución de las sesiones	31
6.8 Conceptualización Diagnóstica.....	35
6.9 Diagnóstico de proceso	37
7. Metodología	39
8. Marco Referencial.....	46
8.1 Clínica psicodinámica en la tradición relacional.....	46
8.2 Agresividad.....	51
8.2.1 Autoagresión (Autolesión).	60
8.2.2 Cutting.....	62
8.3 Cuerpo.....	65
8.4 Adolescencia.....	83
8.4.1 Segunda individuación.	84
8.4.2 Duelos adolescenciales.	87
8.4.3 Aspectos relacionales del cutting.....	88
8.4.4 La piel.	89
8.5 Autolesión (Cutting).....	91
9. Resultados.....	93
9.1 Apartado descriptivo.....	93
9.1.1 Categoría clínica emergente: Lo Transgeneracional.....	94
9.1.2 Categoría clínica emergente: Vivencias dolorosas.....	101
9.1.3 Categoría clínica emergente: Aspectos representacionales del psiquismo.....	104
9.2 Apartado interpretativo	111
9.2.1 Transmisión transgeneracional.....	111
9.2.2. Vivencias dolorosas.....	114
9.2.3 Aspectos representacionales del psiquismo.....	117
10. Conclusiones.....	122
11. Implicaciones para la Intervención	124

12. Referencias	125
------------------------------	------------

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1. Mundo representacional.....	35
Ilustración 2. SI MISMO	66
Ilustración 3. Autismo normal	69
Ilustración 4. Buenas y malas experiencias	70
Ilustración 5. Simbiosis normal	72
Ilustración 6. Subfase de Diferenciación	74
Ilustración 7. Subfase de Ejercitación.....	76
Ilustración 8. Subfase de Reacercamiento	78
Ilustración 9. En camino a la constancia Objetal.....	79
Ilustración 10. Identidad y constancia de Objeto	80
Ilustración 11. Estructuración del mundo representacional y diferenciación de la estructura diádica a la triádica	82
Ilustración 12. Categorías	94

2. Introducción

Esta investigación, tuvo como propósito el estudio, la comprensión y análisis clínico del fenómeno del Cutting en la adolescencia.

El cutting es una práctica realizada por algunos adolescentes contemporáneos, que consiste en hacerse cortes superficiales, finos, delicados y esmeradamente diseñados que repiten compulsivamente, dañando su cuerpo en forma deliberada, esto es lo que se conoce como *autolesión*; en la cual la agresividad que no se puede poner afuera se vuelca contra sí. El órgano elegido es la piel en toda su extensión, siendo ésta la superficie de la psique-soma. Al cortar la piel, el adolescente busca sentir el propio límite por medio del autoataque, habitualmente en brazos, también en piernas y abdomen. La autolesión es un intento de reconstruir la no representada imagen del Sí- mismo (Manca, 2011). En la presente investigación, el cutting es entendido como una autolesión, sin intento de suicidio, en la cual, el dolor se convierte en el núcleo central para explicarlo. De tal forma que, el dolor es disociado con el fin de separar el dolor emocional centrándose en el dolor físico.

Este estudio, pretende brindar un aporte teórico a la comprensión de los adolescentes que presentan la problemática del cutting, a través de la profundización del tema, ahondando en el análisis de los emergentes clínicos del estudio de caso. Lo cual, permitirá tener una mayor claridad y comprensión a los psicólogos clínicos, sobre las dinámicas implícitas en dicho fenómeno. Siendo también un aporte a los profesionales de la Salud, los padres y los maestros entre otros. La maestría en psicología con énfasis en profundización clínica de la Universidad del Norte, fue la oportunidad para estudiar, pensar y reflexionar sobre el cutting, convirtiéndose

en una opción o escenario propicio para cuestionar la formación y capacitación académica y personal de los terapeutas que trabajan con adolescentes.

Se presenta entonces la siguiente investigación, centrada en un estudio de caso (cutting), que, a través de la lectura de procesos, propone establecer el análisis clínico de dos casos de adolescentes que presentan cutting, basado en los aportes de la clínica psicodinámica en la tradición relacional.

3. Justificación

Hablar de autoagresión y particularmente de cutting en la adolescencia es un reto, ya que remite a la pregunta ¿Por qué una persona decide autoagredirse cortándose su cuerpo? una pregunta que se hacen los psicólogos clínicos cuando les llegan este tipo de pacientes que refieren una serie de angustias y vicisitudes inherentes a su adolescencia. Lo que se identifica es que están sufriendo, que están asustados y no saben cómo pedir ayuda. La práctica del cutting es cómo “un grito mudo” que alude a una paradoja, especialmente porque genera muchas preguntas: ¿Qué hay detrás? ¿Qué es lo que sienten? ¿Cómo lo sienten? ¿Por qué el contacto con su dolor lo expresan a través del cuerpo?

La inquietud de la presente investigación radica en tratar de entender clínicamente el sentido de los interrogantes y profundizar en la dinámica relacional de los adolescentes y articular los posibles emergentes clínicos, en cada uno de los casos, en tanto como dice Schnitter (2002) “somos catalizadores de procesos que son propios a cada sujeto” es decir, cada sujeto tiene su propia historia y el que hacer de los clínicos, es sumergirse en ella, entenderla y ayudar a su resignificación.

El contexto conceptual y teórico de la presente investigación, es el siguiente: la teoría de las relaciones objetales, la lógica del desarrollo desde los estudios de Mahler (1975) sobre el nacimiento psicológico, quién plantea una división de etapas jerárquicas del desarrollo, que comprende procesos, estadios, fases y tareas, basándose en la noción de estructura intrapsíquica y sus vicisitudes evolutivas, dando lugar a la estructura y organización psíquica del adulto. La adolescencia, tomando la definición de Angel (2014) “como un momento coyuntural, no solo por las transformaciones físicas, sino también por ser un momento de retranscripción, de *après coup*” (p. 125). El concepto de *après coup se entiende*, como “una relación recíproca entre un suceso importante y su re-significación, que se da después, y por medio de la cual el suceso adquiere nueva eficiencia psíquica” (Laplanche como se citó en Ángel, 2014, p.125). Por su parte, Blos (como se citó en Ángel, 2014) sostiene que “la adolescencia es un momento en el que las vivencias infantiles son reactualizadas psíquicamente, produciendo un efecto de extrañeza en el adolescente, quien las percibe como ajenas”. (p.125). Y finalmente, la lectura de procesos, que para Strauss y Corbin (2008), es entendida como secuencias de acción, interacción y emoción.

La investigación propuesta en este estudio y siguiendo la lógica de la lectura clínica de procesos pretende comprender el sentido que tiene el cutting para las adolescentes y sus asociaciones o componentes

El cutting es una práctica que ha ido en aumento, se escuchan las quejas de los padres, la preocupación en los colegios, las consultas en los centros hospitalarios, en la consulta psicológica particular entre otros, por el creciente número de jóvenes que practican el cutting. Frente a esto,

Estudios conducidos en países como Australia se ha reportado que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de la vida. Específicamente, algunos estudios de revisión muestran que en adolescentes las prevalencias van del 13 al 23.2% y en la población que acude a los hospitales por atención se ha reportado un incremento de este fenómeno a lo largo del tiempo. (Ulloa, Contreras, Paniagua & Figueroa, 2013, p. 417-418).

Entre los psicólogos clínicos también se ha incrementado la pregunta por el cutting, existiendo dudas sobre la intervención clínica de los adolescentes que refieren dicha problemática. Abordarlo desde el razonamiento clínico, permitirá compartirlo con profesionales de la salud, además de pensar y construir formas de intervención que respondan a dicha problemática. A través del análisis de dos casos clínicos, se espera contribuir a una comprensión desde la clínica, no solamente partiendo de una lógica, categórica, clasificatoria, si no desde la comprensión de procesos que permitan la intervención y el manejo de estos casos.

Lo anterior implica tener una visión transdisciplinar, ya que están involucrados diferentes áreas del conocimiento que se preguntan por el cutting. Además, usualmente el cutting es entendido como una práctica suicida, es por esto que se hace necesario realizar una diferenciación entre suicidio y autolesiones, situación que se presentará a continuación.

Inicialmente, se hace esencial establecer la diferencia entre autolesión (cutting) y suicidio. Las “autolesiones deliberadas” (Deliberate Self-Harm -DSH) se entienden como una conducta que origina un daño o una herida al propio cuerpo o a partes del mismo y se caracteriza por intencionalidad, reiteración y falta de intención suicida (Manca, 2011, p. 79”).

Los comportamientos o prácticas autolesivas son consideradas como conductas parasuicidas, en la Guía para la atención primaria con ideación o intento suicida, el parasuicidio (PS) es definido por la Universidad Industrial de Santander (2014) como:

Autolesión o lesión deliberada: conjunto de conductas impulsivas e irresistibles donde el sujeto de forma voluntaria e intencional busca infligirse daño corporal o físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Forman parte del parasuicidio las autolaceraciones (como

cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (ingestión medicamentosa) y las autoquemaduras (p.2).

El cutting es una práctica parasuicida y se diferencia de los intentos suicidas en tres aspectos fundamentales: intención, repetición y letalidad (Villarreal, Jerez, Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013).

El cutting es definido por Ángel (2014), como una “Conducta llevada a cabo deliberada, compulsiva y repetidamente sobre la superficie del cuerpo, generando una lesión sobre el órgano de la piel, herida que, si bien aparentemente no es profunda, genera dolor físico e implica rompimiento del tejido cutáneo (p. 123)”. Por otro lado, Castro (como se cita en Rodríguez, 2016) sostienen que las partes del cuerpo más comunes para realizarse los cortes son los antebrazos, los muslos y el abdomen.

Con el ánimo de comprender los auto cortes, hay que partir del desarrollo normal para poder entender cuando algo ha salido mal y cuáles son las falencias y necesidades psicológicas del adolescente. Doctors (2013) sostiene que los chicos que entran en la adolescencia con una organización sana de la personalidad, les será más fácil negociar las tareas del desarrollo de la adolescencia y el grado en el que hayan desarrollado una relación suficientemente segura con su madre, su padre, u otro; éste sería el componente fundamental para una organización psicológica sana en la adolescencia y a lo largo de la vida, sostiene: “Mi concepción de normalidad en la adolescencia se basa en el apego seguro, mientras que creo que la psicopatología en la adolescencia afecta en gran medida a aquellos/as que tienen apegos inseguros o desorganizados (Doctors, 2013, p. 483)”.

Para algunos psicólogos, el cutting o autolesión “cumple con la función de manejar estados emocionales particularmente intensos como la rabia, la frustración, la vergüenza y el vacío y de autorregular la afectividad (Angel, 2014, p. 121)”.

Otros autores han intentado explicar el porqué de la manifestación de esta conducta, en Omicrono (2013) se ha publicado que el sistema más comprometido en las conductas autolesivas es el de la serotonina (5HT). Los niveles de serotonina bajos se asocian a las autolesiones, impulsividad y agresividad, hay teorías que sostienen que la autolesión propicia una liberación de endorfinas; esto puede llevar a que la conducta se sostenga por condicionamiento, en tanto disminuye el malestar, suministra algo o proporciona activación fisiológica, mostrándose como una conducta de evitación. Además, dicho comportamiento se asocia al lugar o espacio en el que se lleva a cabo (la casa, el colegio, etc) o a ciertas situaciones, por lo tanto, cuando la persona se enfrenta a éstas, aparece el impulso de lesionarse, por el reforzamiento instaurado.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), clasifica la violencia en tres categorías: autoinfligida, interpersonal y colectiva, nuestro interés radica en hablar de la violencia autoinfligida que es donde se ubica el cutting.

Para esta investigación, considerando el cutting como una conducta autolesiva y teniendo en cuenta que dichas conductas fueron incluidas en la nueva versión del DSM V como un síndrome, tal como lo propuso Favazza (como se citó en Ángel, 2014), se parte de la clasificación del Manual diagnóstico, y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), el cual incluye a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, Non Suicidal Self Injurious) y el CIE 10, lo clasifica con el numeral **X780** como lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en diferentes espacios, la presente investigación solo contempla la autolesión realizada en las viviendas. Los casos seleccionados son dos adolescentes de 18 años que iniciaron la práctica del cutting a los 12 y 14 años respectivamente.

En cuanto a lo referido por distintas investigaciones, “el auto-daño es más común en adolescentes y jóvenes adultos que en los adultos, como lo demuestran las tasas de Aproximadamente 14% -39% en muestras de comunidades adolescentes (Xavier, Cunha & Pinto, 2015, p. 41)”.

Saldaña (2014), dice que “el 85 % de los casos, son jóvenes que se lesionaron por primera vez cuando tenían entre 12 y 13 años de edad, aunque la práctica más frecuente es entre los 15 y 16 años y continúa hasta los 20 o 21 años (s.p.)”. De otro lado, Puerta & Lozano (2013), haciendo referencia a la edad de inicio de la autolesión, concluyen que la autolesión aparece por primera vez entre los catorce y los veinticuatro años de edad. Por su parte Xavier, Cunha & Pinto (2015), plantean que el autodaño deliberado empieza entre los 12 y 16 años de edad. Los mismos autores dicen que los métodos más comunes son el corte de la piel y el autogolpe.

En relación a las diferencias de género, investigaciones indican que la autolesión es más común en mujeres adolescentes que en chicos adolescentes (Giletta et al., 2012; Hawton et al., 2012; Klonsky et al., 2011; Laye-Gindhu & Shonert-Reichl, 2005; Madge et al., 2011). Las mujeres son más proclives a cortarse la piel, en tanto los hombres tienden a quemarse o golpearse (Xavier, Cunha & Pinto, 2015).

En los últimos años la autolesión ha aumentado considerablemente “la forma más común de autolesión es cortarse la piel, lo cual se produce en aproximadamente entre el 70 y el 97 % de quienes se autolesionan, modalidad seguida de los golpes (21-44%) y las quemaduras (15-35 %)” (Saldaña, 2014).

Dadas las características y la práctica como tal de la autolesión (cutting), en la que los jóvenes lo hacen de forma secreta y no desean ser descubiertos, éste secretismo como afirma Zárate coordinadora de programas transversales del Ministerio de Educación (como se cita en

Rodriguez, 2016) no posibilita la obtención de estadísticas; así como el hecho de que los profesionales de la salud, docentes, padres de familia, entre otros, cataloguen dicha conducta como intento de suicidio, dicha indiferenciación o confusión, también dificulta el registro del cutting (DSMV-NSSI y CIE 10 X780), como práctica autolesiva. Algunos datos reportados por la secretaria de Salud federal de México “enfatan que las personas que practican la autoflagelación mantienen el secreto, les provoca vergüenza y estigmatización. Al menos el 10 % de la población escolar adolescente, incurre en conductas de autoagresión (Saldaña,2014, s.p)”.

A pesar de todo ello, existen estudios en el mundo que nos hablan de la forma como se ha intentado demostrar su crecimiento. En 1996, las estadísticas de esa época, reportaban que al menos 2 millones de americanos, se habían sometido a la autolesión, menos de 1% de la población, los estudios publicados en el 2006 y 2007 indican que por lo menos 15 millones de americanos se han autolesionado, representando uno de cada 5 adolescentes (Levenkron, 2006).

En Australia, algunos estudios muestran que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de su vida, en adolescentes la prevalencia va del 13 al 23.2% y la población de autolesionadores que ha sido atendida en hospitales, ha ido aumentando a lo largo del tiempo (Ulloa et al., 2013).

Por su parte, Levenkron (2006) basado en una encuesta llevada a cabo en Alemania, con jóvenes el 26% se autolesionaban. También los investigadores alemanes afirmaron que las autolesiones no suicidas es un fenómeno, en emergencia en la cultura occidental.

En un estudio realizado en México en el Hospital Psiquiátrico Infantil, Ulloa et al. (2013) reporta un “incremento notable de casos de adolescentes con autolesiones atendidos en el hospital: en 2005 esta conducta se registró en 0.4% de la población atendida y para el 2011 se

había incrementado a 5.7%, en particular la frecuencia de cortes y golpes en los últimos tres años (p. 419)”. Por lo tanto, estas estadísticas muestran un aumento creciente de casos de adolescentes autolesionadores.

En Colombia hay pocos registros respecto al tema; en un programa radial de RCN, sobre el cutting, a cargo de Juan Manuel Ruiz, informa acerca del fenómeno en ciertas ciudades: en Cali se registra como alarmante, según el personero delegado de Infancia y Adolescencia Edwar Hernández, por su parte en Manizales, el periodista Reinel Yano, también refiere que hay gran preocupación en esta ciudad, por el aumento en el número de casos en diferentes instituciones educativas; así mismo, la Delegada del Ministerio de Educación, entrevistada por Negaira Roa, dice que hay casos reportados en Santander, Huila, Eje Cafetero, Cali y en Caldas. (Ruiz, 2016). De otro lado, en Antioquia, en conversación con la psicóloga de la Secretaría de la Seccional de Salud de Antioquia Beatriz Carmona afirma que el 100% de los municipios intervenidos dan cuenta de que tienen casos de cutting, especialmente, en las instituciones de secundaria, datos reales, no hay, si lo indagan no queda consignado en ningún lado (Carmona, 2016).

4. Área problemática

Con el apoyo de los resultados de las investigaciones y los estudios de población arriba citados, se puede pensar que el cutting va en aumento considerable en el mundo, como una vía utilizada por ellos para expresar su dolor psicológico. El interés como psicólogas clínicas es comprender y profundizar el contexto psicosocial de este fenómeno en los adolescentes.

Desde la teoría de las relaciones objétales, pretendemos llevar a cabo un análisis minucioso de estos dos casos clínicos. Los resultados y constructos de este análisis permitirán el acercamiento como clínicos a la comprensión del sentido de quienes se cortan (cutting) para como dicen ellas: “me corto para no sentir dolor”. Es decir, el dolor emocional se expresa a través del dolor físico.

Este sería un aporte a la comprensión de dicha práctica, lo cual se espera, pueda contribuir a su manejo, intervención y conocimiento para los psicólogos clínicos, trabajadores de la salud, docentes, padres de familia, entre otros; y del aporte que puede brindar a programas de prevención y promoción para aquellos implicados e interesados en el manejo del tema a futuro.

El desconocimiento sobre el cutting por parte de psicólogos, padres, docentes y profesionales de la salud, ocasiona que estos chicos sean de alguna manera desatendidos, Zárate (como se cita en Rodríguez, 2016), propone trabajar articuladamente con los colegios y salud pública para tomar las medidas correspondientes en prevención. Así mismo, la psicóloga de la Secretaría de Salud de Antioquia, Carmona (2016), resalta la necesidad de abrir espacios para la escucha, información y capacitación sobre el tema. Sumado a ello, el psicólogo de Castro (como se cita en Rodríguez, 2016), sostiene que debe tratarse como un problema de salud pública, ya que no es una situación que deba ser atendida solo por los psicólogos, sino que también debe ser intervenida desde diversos frentes: educativo, familiar e individual.

Al parecer la problemática se presenta principalmente en la población de secundaria. Saldaña (2014) “presidenta de la Comisión de Vivienda de la ALDF, explicó que esta lucha debe darse desde las escuelas de educación básica, tanto públicas como privadas, con el objetivo de ofrecer apoyo psicoterapéutico y social, a quienes padecen la afectación (s.p.)”

También es evidente el desconocimiento de sus implicaciones y ha sido interpretado como moda, dicen: “*eso se les pasa*”. de Castro (como se cita en Rodriguez, 2016) “no es una moda, pero si es una condición del momento histórico de nuestra cultura. Con el cuento de la globalización, de lo que tiene que ver mucho el internet, aspectos de las culturas se van homogenizando (s.p.)”. Es ahí donde está el pedido de ayuda, hay que entender el trasfondo clínico para aportar a esa comprensión y posterior intervención por parte de psicólogos, educadores, padres y profesionales de la salud. De allí la pertinencia del tema que proponemos: **Implicaciones clínicas del cutting en la adolescencia.**

5. Objetivos

General

Identificar los emergentes clínicos que aparecen en el proceso de intervención clínica en dos casos de adolescentes con síntomas de cutting a luz de la teoría de las relaciones objetales.

Específicos

Comprender el sentido del cutting para las adolescentes y con que está asociado a partir de la lectura de procesos.

Comprender desde una perspectiva del desarrollo, la manifestación del cutting en la adolescencia.

Analizar los antecedentes históricos de la relación de las pacientes con la figura maternante o cuidador primario y su relación con el cutting.

6. Historia clínica del paciente

6.1 Identificación de las pacientes

SARA	VALERIA
<p>Mujer de 18 años, estudiante de secretariado ejecutivo, no practica ningún deporte. Cuando se expresa, su vocabulario es propio de la jerga urbana “<i>parcerito, si me entiende</i>”.</p> <p>Socialmente, puede establecer relaciones por fuera del hogar, tiene algunos amigos, la mayoría son hombres, ya dice no confiar en las mujeres; algunos de estos amigos son consumidores de sustancias psicoactivas, también ha tenido novio.</p> <p>Prefiere pasar la mayor parte del tiempo en su casa.</p> <p>Sara vive con su madre y la tía materna (hermana mayor de la madre).</p> <p>La relación de la paciente con la madre es conflictiva, discuten con frecuencia, aunque la madre intenta acercarse a ésta, pero lo hace de forma autoritaria, lo que obstaculiza la comunicación y la convivencia.</p> <p>La tía materna, tiene un papel pasivo, no tiene ninguna injerencia en las decisiones de la familia.</p>	<p>Mujer de 18 años, actualmente cursa 11° grado de bachillerato. Tiene un buen nivel de cultura general, es bilingüe. Su estado de salud bueno, le gusta ayudar a otras personas a solucionar sus problemas. Desea estudiar derecho, actualmente es buena estudiante.</p> <p>Socialmente tiene buenas relaciones con sus compañeros y una mejor amiga quien es su confidente, tiene algunos grupos de amigos con los que sale y comparte actividades propias de la edad, ir a fiestas, salidas nocturnas, entre otras.</p> <p>Valeria vive con su madre, dos hermanas medias de 7 y 5 años y el padrastro de 38 años, con quien tiene buena relación. La dinámica familiar implica la comunicación y el respeto. La relación Valeria con su mamá es tranquila, pero evidencia vacíos afectivos de la crianza.</p>

6.2 Motivo de consulta

SARA	VALERIA
<p>El proceso inicia en noviembre del 2015 hasta junio del 2017.</p> <p>La madre asiste con la paciente a la primera cita y dice lo siguiente:</p> <p><i>"es porque ella, prácticamente ella no ha podido hacer el duelo por la muerte del hermanito y mantiene unos dolores de cabeza muy fuertes".</i></p> <p>Por su parte, la paciente cuando se encontraba sola con la terapeuta, en esa primera cita, expresa:</p> <p><i>"desde que él (hermano), se fue, yo me siento sola, a mí me tocaba ver al que lo mandó matar, yo hasta me cortaba, la última vez fue hace poquito, eso no se lo he contado a mi mamá, desde que a él lo mataron yo me empecé a sentir como que estorbaba, cojo una cuchilla minora y me corto, yo soy la única persona de mi salón que me corto, pues que yo sepa".</i></p>	<p>Proceso Uno</p> <p>La intervención va desde abril del 2013 a mayo del 2015.</p> <p>Su madre es quien solicita la cita y llega sola a una primera cita y refiere lo siguiente:</p> <p><i>"estoy preocupada por Valeria, ya que la noto triste, callada y distante conmigo y también porque en el colegio me reportan que la han visto aislada, taciturna, apesadumbrada y en ocasiones irritable y alterada con profesores y compañeros".</i></p> <p>En la primera cita, Valeria refiere lo siguiente como motivo de consulta:</p> <p><i>"Estoy aburrida, elevada, triste porque mi familia me molesta por todo, nunca me dicen nada bueno, ellos son muy groseros, me hace falta salirme de ese ambiente de gritos"</i></p> <p>Expectativas: "Tratar de mejorar mi actitud, cuando me salgo de casillas no hay nadie que me pare, tomé alcohol, cogí bisturí, pero no me cortaba, en mi casa pelean mucho, por mis impulsos puedo hacer o hacerme daño".</p> <p>Proceso Dos</p> <p>La intervención va desde octubre del 2016 hasta la fecha actual.</p>

	<p>En la primera cita, Valeria expresa como motivo de consulta: “Quiero entender mi actual ruptura con mi novio y que es lo que me pasa con los hombres que los alejo de mí”.</p>
--	---

6.3 Historia Personal

SARA	VALERIA
<p>Infancia</p> <p>La madre expresa que Sara “<i>era muy llorona</i>” y presentó atrasos en la expresión del lenguaje, “<i>era muy callada, empezó a hablar casi después de los tres años, casi no tomó tetero, fue más de seno; quería vivir pegada día y noche y para calmarla, la pegaba al seno</i>”. Le dio seno materno hasta los dos años. En cuanto al desarrollo psicomotriz, la madre manifestó que Sara “<i>gateo y caminó despuesito de los dos años. Dejó el pañal ligero, porque le daba fastidio del mismo chichi</i>”.</p> <p>La madre estuvo al cuidado de Sara hasta los cinco años y hasta este momento, “<i>no mostraba mucha evolución, no hacía si no llorar</i>”. A los cinco años de edad de Sara, la madre, decide trabajar en una guardería y a Sara “<i>la cuidó una muchacha hasta los 8 años, con quién se adaptó y vivía feliz con ella</i>”.</p> <p>En cuanto a la forma de corregir a Sara, el padre expresa que él lo que él hacía</p>	<p>Infancia</p> <p>La madre de la paciente sale de su casa materna, cuando tenía 7 meses de embarazo de Valeria. Va a vivir a casa de su novio y los padres y un hermano de éste. La situación allí fue difícil desde el principio, la madre lloraba mucho por el reciente duelo de la muerte de su padre de crianza, por la desaprobación de su madre de crianza por su embarazo y por el ambiente familiar adverso que vivía en esta familia: gritos, peleas, maltrato, hostilidad, violencia intrafamiliar y devaluación por parte de su novio, quien aunque quería hacerse cargo de ella y de su bebé, no tenía la suficiente capacidad de contención con esta madre. Al nacer Valeria fue muy bien recibida, con muchas comodidades, ambiente limpio y ordenado.</p> <p>A los tres años de Valeria, la madre se va con ésta para su casa materna, ya que la situación en casa de su novio, era adversa y violenta. Al regresar a su casa materna, no soporta mucho tiempo y aunque la relación</p>

<p>era “<i>conversale y quitarle lo que a ella le gustaba</i>”. Por su parte, en cuanto a las pautas de crianza, la madre manifiesta “<i>yo si le daba duro, ella me colmaba mucho la paciencia con la lloradera, la rebeldía de ella, porque desde pequeña si ha sido muy rebelde, yo he tratado de ser muy estricta con ella, es así como yo le digo, de que sea como yo le digo las cosas, no como ella las quiere</i>”.</p> <p>La madre reporta haber utilizado el castigo físico hasta que Sara entró a estudiar, al respecto, Sara reporta que el cambio de su madre no se dio hasta el año 2016.</p> <p>En el colegio, le realizaron una evaluación psicológica y el diagnóstico que le dieron fue “discapacidad intelectual leve”.</p> <p>En cuanto a sus padres, Sara expresa:</p> <p><i>"Yo antes peliaba mucho con mi mamá, llegaba del trabajo y le pegaba a uno por nada, yo en ellos dos (padres) no confío, yo le tengo más confianza a mi papá, porque mi papá hablaba conmigo, mientras que mi mamá me regañaba"</i>.</p> <p>La madre de la paciente manifiesta: “<i>Sara desde pequeña no le gusta que uno la mime, yo le decía: mi muñeca hermosa, y ella me decía: a mí no me diga así</i>”.</p> <p>Hasta los 7 años durmió acompañada, bien fuera por ambos padres o solo por la madre, actualmente duerme con la madre.</p>	<p>con su madre había mejorado, se regresa con su novio. Viven otros dos años en los que se evidencia el deterioro creciente de la relación y finalmente se va con su hija, esta ya es la separación definitiva. Sus padres son separados desde que tenía 5 años de edad. Los padres no tienen ningún contacto entre si.</p> <p>A Valeria la ponen a decidir con quién quiere vivir y se queda con su mamá, quién a los 2 años de separación. La madre de Valeria aparece como una mujer sumisa, pasiva y débil especialmente en la relación que tuvo con el padre de Valeria, esto se lo critica mucho Valeria.</p> <p>Valeria, continúa frecuentando a la familia de su padre, pero la situación con esta familia, sigue siendo de cuidarla mucho y darle muchos regalos, pero también de violencia y agresividad. Su padre y abuela paterna, la castigaban muy fuerte y aún continúan siendo agresivos.</p> <p>La paciente, manifiesta cierta dificultad para vincularse afectivamente con las personas y confiar en ellas, especialmente con los chicos, situación ésta que interfiere con sus relaciones afectivas.</p> <p>Académicamente siempre le ha ido muy bien, pero ha tenido altibajos en su comportamiento, oscilando entre la agresividad con los otros (“mi papá me decía que para defenderme les pegara”) y la serenidad.</p>
Adolescencia	Adolescencia

<p>En cuanto a la relación de Ana con sus padres, es buena con el papá y conflictiva con su madre. Ambos padres se preocupan por su bienestar. Sara reporta respecto a la madre: <i>"ella cambio mucho; el año pasado ella cambio mucho conmigo"</i>, es decir que ya no la percibe tan agresiva, pero le molesta cuando la corrige o le hace algún llamado de atención <i>"a mí que no me diga nada ella, yo le digo que me deje sana"</i>.</p> <p>La madre ahora propende por el dialogo para corregir a Sara, lo cual ha permitido proximidad entre ellas. Sin embargo, la madre reporta la relación de Sara con el padre es más cercana, <i>"ella tiene más confianza con el papá, aunque conmigo ya ha soltado mucho, yo he tratado de ganarme la confianza, más después de la muerte de mi hijo, yo después de eso, yo traté de acercarme más a ella, porque ya no nos teníamos si no las dos, pero ella pues por su lado, pero después de los quince empezó como acercarse más a mí, como a querer contarme las cosas, pero a ella hay veces hay que sacarle las cosas como a la berraca o otras veces con la espontaneidad de ella que le quiere contar las cosas a uno"</i>.</p> <p>En cuanto a la forma de corregir y educar de la madre, el padre refiere que no estaba de acuerdo, <i>"yo hablaba con ella y ella no hacía caso"</i>. Cuando Sara se portaba de forma inadecuada con la madre, el padre le aconsejaba: <i>"No se esté enfrentando con ella, ella verá si la aporrea o la mata, eso ya"</i></p>	<p>Valeria vive con la madre, pero también comparte con la familia paterna, tiene buena relación con sus hermanos, con su padre tiene una relación distante y conflictiva, aunque ha tenido algunos cambios positivos ocasionales. Actualmente con su madre tiene una relación cercana y buena.</p> <p>Esta etapa ha sido compleja para Valeria, al enfrentar sus cambios corporales y al confrontar su realidad familiar e identificatoria con sus padres y figuras cercanas. Con sus amigos empieza a experimentar las fiestas, el alcohol, la marihuana y también el ritual solitario del cutting, que lleva a cabo en casa de su madre cuando todos están dormidos, ese era su secreto y su encuentro consigo misma. La relación con su padre se torna agresiva debido a las restricciones de éste y a sus continuas críticas por su figura <i>"estás muy gorda"</i> y exigencias generalizadas.</p> <p>La comunicación con su madre, eventualmente ha sido de reclamos y recriminaciones, ya que esta le reclama a su madre el haber sido tan débil con su padre.</p> <p>Valeria se vuelve rebelde, contestataria, distante de los adultos y desconfiada de casi todo el mundo, solo tenía un par de mejores amigas con las que hablaba de algunas cosas.</p> <p>Al inicio del proceso uno, su actitud es desconfiada y distante, pero la intervención coincide con su adolescencia, donde se</p>
--	--

<p><i>queda en la consciencia de ella, pero no la enfrente”.</i></p> <p>Sara tiene amigos y ha tenido relaciones de pareja, las cuales no han sido duraderas. De los primeros se puede decir que logra sostener los vínculos, la aprecian y confían en ella, pero algunos son jóvenes que tienen problemas judiciales o de consumo de sustancias psicoactivas. Sara es consumidora ocasional de marihuana; ésta refiere que los 15 años consumió marihuana y licor durante “casi un mes” y este año en una ocasión, en una reunión con amigos.</p> <p>Necesita que el padre la acompañe a las citas psicológicas, ya que teme salir sola y asiste por insistencia de ellos, más no por su deseo, pese a que se muestra cómoda y disfruta de cada una de las sesiones.</p> <p>Cabe resaltar que Sara eventualmente, le toca los senos a la madre <i>“por hay manda la mano, uno porque no la deja”</i> y también duerme con ella.</p>	<p>logran determinar sus duelos y conflictos propios de la época, pero que se exacerban por la reactualización de situaciones propias de la segunda individuación y sus implicaciones con la construcción del sí mismo y lo relacional con los otros.</p> <p>Esta época coincide, además, con la culminación de la secundaria y elección de carrera, lo que le ocasiona, temor, inseguridad y tristeza, por los cambios y pérdidas.</p>
--	---

6.4 Historia Familiar

SARA	VALERIA
<p>La madre de Sara fue maltratada por su propia madre, desde niña hasta su adolescencia. Al respecto la madre dice: <i>“Ella fue déspota con todos, nos maltrataba”</i>. Ella refiere que era su padre quién la protegía cuando estaba en el hogar.</p> <p>La abuela materna de Sara, fue ama de casa y el abuelo paterno trabajaba de forma</p>	<p>Los padres de Valeria, se conocen cuando eran adolescentes. La madre se embaraza de Valeria a los 16 años y su padre tenía 18 años. La madre es la cuarta hija de una familia de 4 hijos, 2 mujeres y dos hombres, es recibida por esta familia a sus 3 años de edad. Su familia de origen estaba compuesta por 16 hijos de los cuales</p>

independiente, igual que el padre de Sara. Fueron 6 hermanos y la madre de ésta, ocupó el segundo lugar. El abuelo materno de Sara, murió de cáncer cuando la mamá de Sara tenía 13 años. Desde este momento, la madre de Sara relata que su madre se volvió más agresiva, *“La cogió conmigo, como yo era la ñaña de mi papá”*.

La madre de Sara manifiesta que por estas razones, a los 15 años se fue de la casa con su novio, que según su relato *“me pintó pajaritos en el aire”*, ya que continuó la violencia verbal y física, *“Me pegaba más duro que mi mamá”*.

Al año se separa de éste y regresa a vivir con la madre y consigue empleo en casas de familia como empleada doméstica interna, debido a esto, solo iba los fines de semana a la casa materna, también como forma de evitación del maltrato por parte de la madre.

A los 23 años, conoce al padre de su primer hijo, el que es asesinado cuando su hijo, tenía 2 años de vida. Luego de dos años, conoce al padre de Sara, cuando tenía 27 años. Se conocen en el lugar donde ambos trabajaban y realizaban oficios varios. En ese momento, el padre de Sara tenía 37 años.

La madre de Sara queda en embarazo a los 30 años y el hermano medio de Sara tenía 7 años. La paciente fue deseada y planificada por ambos padres, al año de convivencia.

subsisten solo 5, eran muy pobres y ella estaba en malas condiciones de salud y desnutrida. Debido a esto, su madre biológica decide entregarla a esta familia adoptiva para que estuviera en mejores condiciones, esta decisión fue muy difícil para esta madre, padre y hermanos. Ellos ponen como condición que conserve el nombre y apellido de origen, además de que la pudieran ver eventualmente y así fue, pero se crió como hija de esta familia adoptiva. Eventualmente visita a su madre y hermanos de origen, su padre de origen quien fue un vendedor ambulante, murió hace 2 años, la madre de origen fue ama de casa.

Al llegar a esta familia de crianza fue muy bien recibida, describe a una madre de crianza fuerte, sobreprotectora, era la que imponía las reglas y la sentía más distante. Con su padre de crianza sentía más cercanía, era muy amoroso, cómplice, pero sin sobre pasar las reglas de la mamá. Era muy nervioso, si se separaba de su esposa más de una semana por algún viaje, entraba en depresión y tenía que tomar medicamentos. La madre de Valeria, describe la relación entre sus padres, de mucho respeto. Su papá nunca contradecía a su esposa, la apoyaba en sus decisiones. A la madre de Valeria, la hace muy feliz recordar lo mucho que se amaban sus padres de crianza, los cuales asumió como su verdaderos padres y verdadera familia.

<p>En cuanto al padre de Sara, fueron 13 hijos y ocupó el quinto lugar entre los hermanos. Estudió hasta quinto de primaria.</p> <p>La relación con los padres la consideraba como "<i>bien</i>", al padre lo describe como: "<i>estricto y muy violento, le teníamos más bien miedo a él, él iba cogiendo a la persona o al hijo, y lo iba tirando para cualquier lado, nos tiraba con lo que fuera, lo que yo hacía era irme para la calle</i>" y a la madre "<i>pasiva completamente</i>". La muerte de ésta, afectó a Sara, en tanto eran muy cercanas, ya que ésta le brindaba afecto y compañía.</p> <p>De la relación del padre con sus propios hermanos señala que fue y continúa siendo "<i>buena</i>". El padre de éste, se desempeñó como supervisor y la madre era ama de casa.</p> <p>La madre de Sara, en cuanto al embarazo de ésta, señala que fue normal y dejó de trabajar un mes antes de cumplir la licencia de maternidad, ya que el padre de Sara, le sugiere dejar el trabajo y dedicarse a la educación de los niños, en tanto él se ocuparía de las necesidades del hogar y así lo hicieron hasta que la paciente cumplió 5 años. En este momento, los padres decidieron separarse, hace 12 años, sin embargo, la relación afectiva de la pareja continua.</p>	<p>Lo que enojaba al padre era que no le hicieran caso a la mamá o que fueran groseros con ella, no hubo maltrato por parte de estos hacia sus hijos, los sancionaban quitándoles lo que les gustaba o eventualmente una palmada de la mamá. La mamá de Valeria, recuerda a su abuela materna de crianza como muy cariñosa, tierna y buena mamá. Al abuelo materno de crianza lo recuerda estricto y bravo, le tenían miedo.</p> <p>A los papás de su padre de crianza no los conoció, su papá quedó huérfano muy pequeño y fueron las hermanas mayores las que cuidaron a los más pequeños.</p> <p>La mamá de Valeria, al llegar a esta familia de crianza, a sus 3 años se apegó mucho a la hija menor, la cual le llevaba 11 años, se convirtió como en otra mamá. Su padre de crianza fallece a sus 14 años y medio, le dio muy duro, no le celebraron los 15 años porque estaban de luto y a los 16 años queda embarazada de Valeria y hasta esa edad vivió con esta familia. Su madre de crianza se enoja mucho por su embarazo, le deja de hablar y la expulsa de la casa. Por esta razón, se fue a vivir a la casa de su novio, con los padres de éste y un hermano, que actualmente tiene 34 años, es arquitecto y vive solo. Esta familia la acoge muy bien, pero sus condiciones de vida cambian mucho porque se sentía sin familia y la dinámica de éstos era muy diferente a la suya, una madre posesiva, agresiva, maltratante y un padre</p>
---	---

<p>La familia de la paciente actualmente está compuesta por: la madre, quién tiene 46 años y es niñera, tiene un trabajo estable y es cabeza de familia.</p> <p>La hermana mayor de la madre, con 57 años, no trabaja y depende de la madre de Sara, ya que tiene diagnóstico de epilepsia y no posee un tratamiento adecuado por sus escasos recursos económicos, lo que la ha llevado al deterioro cognitivo y de salud, impidiéndole valerse por si misma.</p> <p>El padre de Sara tiene 57 años, trabaja en oficios varios. Vivió con su madre hasta su fallecimiento, hace un año. Actualmente vive solo.</p> <p>El padre es atento al cuidado y necesidades de Sara.</p>	<p>pasivo. Su novio sigue estudiando y era celoso y devaluante con ella. El padre de Valeria a su vez, de niño, fue sometido a maltrato físico y psicológico por parte de su madre; la cual se apropia de Valeria como si fuera su hija, muy cuidadosa en lo puerperal, pero muy agresiva en el trato con ella y con su madre.</p> <p>Con relación a la familia paterna de Valeria, los padres de su abuela paterna eran muy estrictos con ella, ella se mantenía en la casa de los abuelos, los padres no eran cariñosos, eran distantes entre ellos. El padre era infiel, pero buen proveedor económico. La relación entre los hermanos, es distante, no se hablan. Describe esta familia como de locos, Valeria ve a su abuela paterna como una mujer incomprendida, por tener una vida difícil y además con su propio esposo le tocó sufrir porque este era toma trago e infiel.</p> <p>Actualmente Valeria comparte con la familia de su madre y con la familia de su padre, pero vive con su madre, la cual tiene 34 años, es contadora y está casada por segunda vez, tiene 2 hijas de 7 y 5 años respectivamente.</p> <p>El padre de Valeria, tiene 36 años, es publicista, también se casa por segunda vez y tiene un hijo de 9 años.</p>
--	--

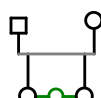
6.5 Genograma

6.5.1 Convenciones.

Cercano-Hostil



Amor



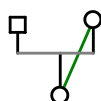
Hijo adoptado



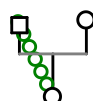
Cercano - Pasivo



Armonía-
Pasividad



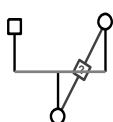
Conexión emocional
Relación espiritual



Distante-
Violento



Buena



Separación



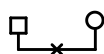
Cercano- violento



Distante -
Hostil



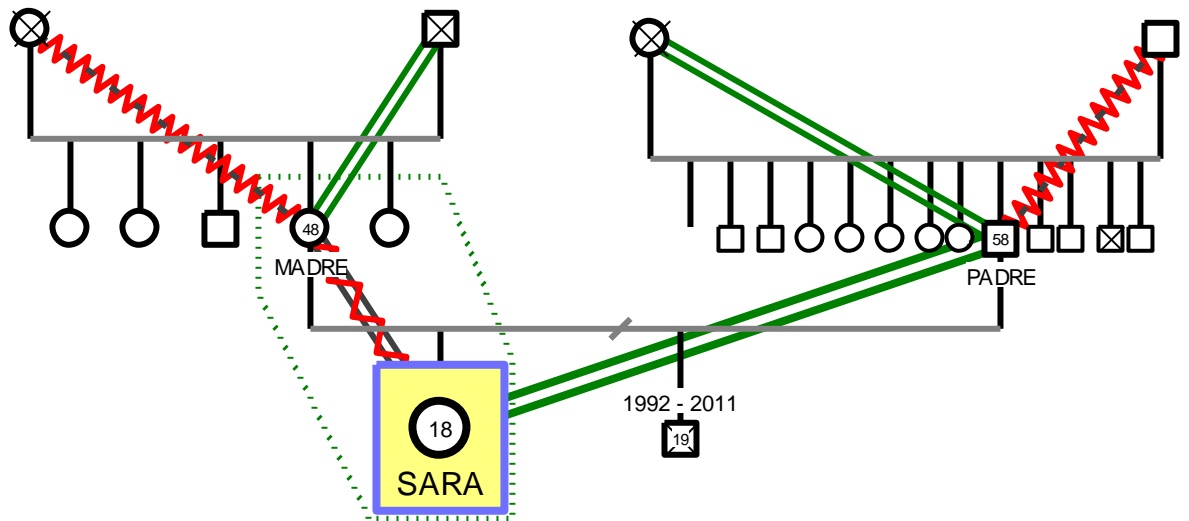
Viudez



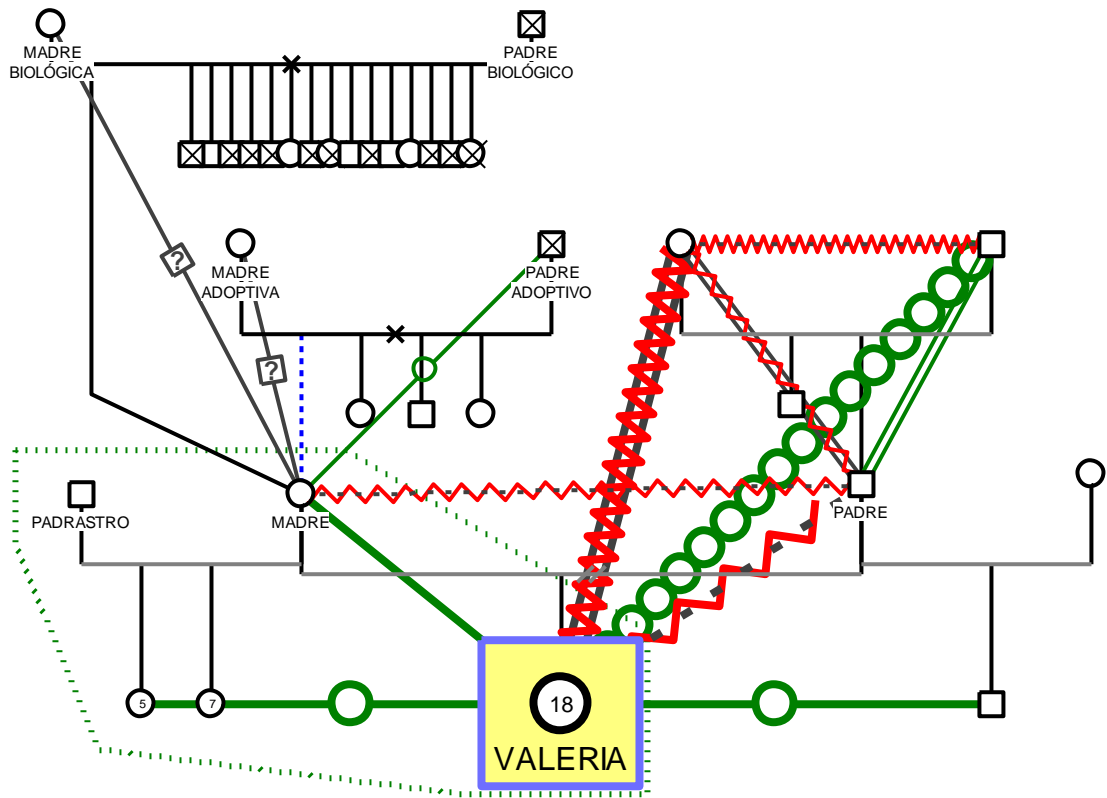
Divorcio



SARA



VALERIA



6.6 Descripción sintomática

SARA	VALERIA
Sara llega a consulta en junio del 2015 y relata el momento de inició la práctica del cutting. “los cortes en los brazos comenzaron en séptimo, yo creo, como a los 13 años, primero si me cortaba muy seguido, luego cada mes y ya lo fui dejando así”; Dicha conducta la llevaba a cabo cuando “estaba sola en la casa”.	<p>En la primera intervención, Proceso Uno (P1) (abril 2013 - mayo 2015) Valeria inicialmente llega con síntomas de tristeza, falta de concentración, inconformidad por las relaciones y comunicación intrafamiliar; se evidencia estrés y ansiedad.</p> <p>En estos 2 años iniciales el proceso se divide así:</p>

<p>La autoagresión (cutting), según la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V sección III , incluye a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, Non Suicidal Self Injurious) autolesión no suicida “la característica esencial de la auto lesión no suicida es que el individuo se inflinge lesiones superficiales aunque <i>dolorosas</i> en la superficie de su propio cuerpo de manera repetida”. (p. 804)</p> <p>También durante el proceso refiere con relación a sus padres:</p> <p><i>“no confío en ellos y antes peliaba mucho con mi mama”, debido a que “llegaba del trabajo a pegarle a uno por nada”.</i></p> <p>Durante el proceso, la paciente se ha mostrado empática, sin problemas para vincularse, ha podido hablar de la tristeza y la falta que siente por la ausencia del hermano (muerte), así mismo, la muerte de su abuela paterna y el de un amigo, ante lo cual manifestó rabia, frustración y dolor.</p> <p>Además, expresa enojo hacia la madre, por la historia de maltrato. Los aspectos anteriores, fueron abordados, a través de la contención, señalamientos y confrontaciones con miras a posibilitar su resignificación.</p> <p>Sara es una adolescente, todos los síntomas mencionados, se pueden agrupar</p>	<p>Primer año: Valeria tiene 14 años, es decir, propiamente en la adolescencia, refiriendo aspectos inherentes a esta etapa que dan cuenta del proceso de elaboración de su imagen corporal, lo cual, a su vez, implica el duelo por la pérdida del cuerpo de la infancia.</p> <p><i>“mi papá me ve muy gorda y yo me veo gorda, a veces dejo de comer y por estrés me salen ulseritas y se me descascaran los pies, mi abuelo me dice: estás como un tanque de guerra, en mi casa todo es malo, mi figura, lo que hago”.</i></p> <p>En el primer año de la intervención se muestra ansiosa y preocupada por sus relaciones con los otros y su ambiente familiar y social</p> <p><i>“tomé alcohol, cogí un bisturí, pero no me cortaba, me preocupa el ambiente agresivo a mi alrededor, me preocupan mis impulsos, puedo hacer o hacerme daño”.</i></p> <p>A pesar de su distanciamiento con la terapeuta (desapego defensivo) todo el tiempo de las sesiones se expresaba fluidamente; su afectividad se mostró plana la mayor parte del tiempo y ocasionalmente subía la voz cuando se refería a asuntos de agresiones hacia ella o hacia otros. Lo más relevante fue su tendencia a la tristeza, sin afectar su rendimiento académico.</p> <p>Valeria es una adolescente, todos los síntomas mencionados, se pueden agrupar según el DSM IV, F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no</p>
--	---

<p>según el DSM IV, F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (313.9), categoría residual que inicia en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios, de ningún trastorno específico, de esta clasificación. En otras palabras, de acuerdo con la lógica del modelo de las líneas del desarrollo propuestas por Anna Freud (1978) es posible pensar, sobre la lectura de procesos que estamos ante un conflicto del desarrollo, que se manifiesta en la adolescencia dentro del proceso de la segunda individuación (Blos, 1981; Schnitter, 2017).</p>	<p>especificado (313.9), categoría residual que inicia en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios, de ningún trastorno específico, de esta clasificación. En otras palabras, de acuerdo con la lógica del modelo de las líneas del desarrollo propuestas por Anna Freud (1978) es posible pensar, sobre la lectura de procesos que estamos ante un conflicto del desarrollo, que se manifiesta en la adolescencia dentro del proceso de la segunda individuación (Blos, 1971; Schnitter, 2017).</p> <p>En el segundo año de la intervención, del proceso uno (P1), sus síntomas se centran en el cutting, el cual según la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V (2014) sección III, incluye a la autolesión sin intento de suicidio en un apartado especial, como el Trastorno NSSI (Autolesión No Suicida, Non Suicidal Self Injurious) autolesión no suicida “la característica esencial de la auto lesión no suicida es que el individuo se inflinge lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de manera repetida (p. 804)”. </p> <p>También aparece el consumo ocasional de marihuana y alcohol, estados de tristeza, agresividad verbal con otros (profesores, familia, compañeros). Se manifiestan síntomas de inapetencia.</p>
--	---

	<p>Ya en esta etapa la relación con la terapeuta se muestra tranquila y la transferencia aparece instaurada, posibilitando cada vez más la organización de su discurso.</p> <p>En el Proceso Dos (P2), período comprendido entre octubre del 2016 hasta la fecha, luego de un año y cinco meses de interrupción, sus síntomas están relacionados con la dificultad para confiar, establecer vínculos afectivos y enfrentar su vida sexual (miedo, estrés y preocupación).</p>
--	--

6.7 Evolución de las sesiones

SARA	VALERIA
<p>El proceso se dio entre junio del 2015 a junio del 2017 (18 sesiones).</p> <p>La paciente durante las sesiones se muestra empática, cooperadora, propositiva, hay contacto visual y se manifiesta reflexiva, ante los eventos vividos.</p> <p>El estilo de la intervención se ha orientado a explorar las vivencias y a posibilitar la expresión de los sentimientos, pensamientos y emociones frente a los hechos que la han afectado. Así como a narcisizar y reconocer las capacidades de la paciente, ya que desde pequeña fue diagnosticada con discapacidad intelectual leve y esto ha afectado la valoración de sí misma, además de poder confiar en sus capacidades. Frente a ello, no se está de</p>	<p>El proceso terapéutico de Valeria está dividido en dos partes:</p> <p>Proceso Uno (P1): (desde abril del 2013 hasta mayo de 2015) 47 sesiones.</p> <p>Primer año: Su madre es quien solicita la cita y llega sola a una primera cita, refiere estar preocupada por Valeria. Se le explica a la madre como se va a hacer la intervención y a la cita siguiente llega la madre con Valeria quien decide entrar sola, llega puntual y se ve orientada en el espacio, luce parca, distante y expresa su escepticismo</p> <p><i>“yo vine por mi mamá, le había tenido fobia a los psicólogos porque chiquita me obligaron a ir donde uno y no me gustó”</i></p>

<p>acuerdo y se considera que los resultados obtenidos en dichas pruebas, y el bajo rendimiento académico de Sara, se deben a la falta de estimulación, exploración e inserción social, lo cual se explica, por los bajos recursos económicos de la familia, además de la falta de educación de los padres.</p> <p>Durante el proceso, no ha hubo cambios en cuanto al estilo de intervención y Sara suscita o genera sentimientos de alegría, tranquilidad, deseos de cuidarla y protegerla. Sin embargo, dejó de asistir desde septiembre del 2016 febrero del 2017, esto es debido a los trámites legales, implícitos al cumplir la mayoría de edad (18 años).</p> <p>En su relato, se evidencia que asiste porque la madre le pide la cita, se la recuerda un día antes y el padre siempre la acompaña, lo que hace pensar que, si no fuera por éstos, Sara no asistiría por iniciativa propia. A pesar de que se percibe cómoda en las sesiones y disfruta contando sus historias, lo que indica que el cuidado todavía está de lado del objeto.</p> <p>La tarea psicológica en la que se ha trabajado es en que Sara tenga un lugar en el que pueda confiar, pueda sentirse libre en la expresión de sus sentimientos, donde se le invita y se le impulsa a la individuación, a la autonomía, a través del reconocimiento de sus capacidades, emociones y resaltando aquellas elecciones que le permiten estar</p>	<p>No hay contacto ojo a ojo y todo el tiempo mira al piso o hacia otro lado, su actitud corporal es rígida y controlada; se le hace el encuadre con énfasis en la discrecionalidad de la terapeuta y se le ofrece ese como “su espacio” inviolable e impenetrable por otros. Se le aclara que las citas con su mamá serán individuales y si ella está de acuerdo, ante lo cual accedió tranquilamente. Los primeros meses (2 – 3) su actitud fue distante, pero iba cumplida cada ocho días, su madre o padrastro la llevaban, algunas veces la esperaban o la recogían al terminar las sesiones.</p> <p>Su familia paterna nunca ha estado enterada de este proceso; desde el principio fue por “vía de la madre”.</p> <p>Durante el primer año de intervención su discurso fue muy relacionado al malestar que le producían ambas familias. En la familia materna por que no sentía que encajaba en este ambiente con hermanitas y la familia de su padrastro que la acogió como parte de su familia, ella, aunque los aceptaba, a ratos no quería estar con ellos. En cuanto a la familia paterna expresaba rabia y descontento por ser un ambiente familiar agresivo, violento y represivo.</p> <p>Los primeros 6 meses de trabajo terapéutico el objetivo se centró en el establecimiento de la alianza terapéutica donde prevalecieran la confianza y seguridad. Valeria a pesar de expresar escepticismo y distancia con la terapeuta</p>
--	---

bien, así como las que la afectan de forma negativa.

Las metas se están trabajando a través de sus narraciones, enfatizando en los aspectos que hablan de sus capacidades, se da lugar a los sentimientos, emociones y a la integración y comprensión de éstos en las diferentes vivencias.

También se han hecho intervenciones familiares, donde se ha trabajado con los padres, la necesidad de poner normas y límites claros a través del buen trato.

La forma como se ha establecido el enlace entre la interacción de la paciente con la terapeuta y el problema original, ha sido a través del fluir espontáneo de las vivencias que la han afectado, como la muerte del hermano, la abuela paterna, el amigo, así como los momentos de “depresión”, o de sentirse “rara”, lo cual podría interpretarse como cambios propios de la edad. Todo ello, se ha puesto a disposición del acting out, realizándose cortes en sus brazos, como medio de expresión de las emociones, el dolor y sentimientos, siendo improcedentes para su bienestar. De ahí que, mediante el uso de la palabra, se busca que Sara encuentre otras maneras de enfrentar el dolor, la frustración, la rabia o la tristeza que la albergan, al resignificar su historia y poder establecer el límite con su organismo, por medio del cuidado de ella, a través de los señalamientos que la lleven a centrarse en el

cumplió todas las citas pactadas; se hizo receso en periodos de vacaciones, se instaura una rutina terapéutica, mismo espacio, mismo día, misma hora, esto le da un carácter de estabilidad y confianza a lo inamovible. El espacio terapéutico y el “estar ahí” de la terapeuta. También se llevaba día y hora de la próxima cita anotado en un papel. En esta primera parte de la intervención (P1) básicamente ella siempre hablaba toda la sesión, la terapeuta permaneció en actitud de escucha, receptividad, persistente, presente, predecible y permanente. Sus temas eran más desde la queja,

“nadie me entiende, no me ven nada bueno, mis familias son difíciles”, etc.

Segundo año: la alianza terapéutica está consolidada, todas las intervenciones están dirigidas hacia el cuidado y fortalecimiento de la matriz relacional.

En este segundo año se presentan crisis en la familia y en el colegio, donde se devela el tema del cutting por primera vez; se hace una intervención con la madre y la institución educativa para el manejo de dicha situación. También aparecen síntomas de inapetencia, mareos, se hace remisión al médico, al nutricionista y al psiquiatra.

Expresa sentimientos de tristeza, irritabilidad y aislamiento ocasional, se aumenta el consumo de licor y marihuana, pero en tiempos de ocio y en fiestas, como consumidora ocasional.

<p>criterio de realidad y la narcisización del sí mismo, como consecuencia de esto, se pretende enriquecer el valor de sí.</p> <p>En cuanto a las intervenciones que han funcionado, han sido las interpretaciones y señalamientos encaminados a evidenciar los logros de la paciente y sus capacidades. También, el alentar el uso de la palabra frente a los hechos vividos, donde se invita a escucharse y encontrar otras formas de proceder que le brinden bienestar.</p> <p>Frente a los elementos que se han encontrado como dificultades para realizar el trabajo, ha sido la interrupción de las consultas y el hecho de que la paciente todavía no se haya apropiado del proceso, el cual depende del interés de los padres y no de ella (fallas en la transmutación del cuidado).</p>	<p>Sobre el cutting se empieza a trabajar en el contexto terapéutico y se enfoca en aras de la escucha y contención a través de la matriz terapéutica. Se propendió al fortalecimiento de la narcisización y valor de sí, llevándola a ocupar un lugar diferenciado en el mundo, favoreciendo la representación de su corporalidad, sentida e identificada.</p> <p>Se fue promoviendo la diferenciación Si mismo-objeto, qué era de ella y qué no, a diferenciar sus propios afectos, tener una imagen de la propia identidad y desarrollarla, lo cual a través del trabajo terapéutico se fue integrando; luego se da un receso de año y 5 meses.</p> <p>Proceso Dos (P2): 16 sesiones.</p> <p>En este momento regresa por si sola y por su propio deseo con expectativas centradas en sus relaciones afectivas y el enfrentamiento de su sexualidad. En esta instancia la matriz terapéutica es sólida, fuerte y consistente, lo cual le da la motivación para retomar el trabajo. Hace una construcción de lo que trabajó los 2 años anteriores y especialmente del cutting (en este momento ya no se corta), pone palabras, dándole sentido a algo que sentía, pero no tenía palabras (Preverbal) haciendo una reconstrucción y resignificación _ de la realidad vivida.</p> <p>En la actualidad continúa en proceso terapéutico.</p>
--	---

6.8 Conceptualización Diagnóstica

Se trabajará con el modelo de Horner (1982), quien plantea un esquema del mundo representacional para la comprensión de los procesos de la organización y estructuración de las representaciones del sí-mismo, la representación y la relación del sí mismo con los otros (génesis de la matriz relacional), basada en los estudios de Mahler (1975) y la representación del lugar y el valor del sujeto de relación, en el mundo (Horner 1982 , adapt. Schnitter 2001).



Ilustración 1. Mundo representacional

Fuente: Horner 1982 (adapt. Schnitter 2001)

SARA	VALERIA
Ana se muestra dependiente, con deseos de ser vista, reconocida y aprobada (devaluación narcisista). En cuanto a los demás, se muestra desconfiada, sobre todo	Valeria manifiesta una autopercepción que oscila entre considerarse muy inteligente y muy buena en todo lo que hace, como compensación a la autopercepción de que no

con las figuras femeninas, lo que indica o habla del conflicto con la madre. Sin embargo, cuida de los otros, pero está en un constante riesgo al relacionarse con jóvenes farmacodependientes e infractores de la ley, lo que habla de fallas en la transmutación del cuidado.

Respecto al lugar en el mundo, se evidencia devaluación narcisista por el diagnóstico de discapacidad intelectual leve, como resultado de una evaluación neuropsicológica en los primeros años de la primaria, lo cual ha llevado a que tanto los padres como los docentes, por el estilo de relación y la visión que tienen de ésta, no reconozcan sus potencialidades y no la motiven a dar lo mejor de sí misma, afectando la valoración y el lugar en el mundo, frente al ser y hacer.

A ello se le suma, que por el lado de los padres no hubo un adecuado reabastecimiento narcisístico, en tanto la madre no propendía al dialogo, al contacto, la diferenciación de emociones y las correcciones era mediante la agresividad. Por su parte, el padre era afectuoso y no estaba de acuerdo en la forma de educar de la madre, pero su intervención fue pasiva, ya que señalaba su inconformidad, pero no lo suficiente para detener el maltrato, en tanto no tenía el carácter para impedir las agresiones y evadía la situación al retirarse y dejar a Sara al cuidado de la madre. De ahí la desconfianza de Sara en los otros y del

es buena, apareciendo comprometido el valor de sí,

“Mi problema es que yo no confío en mí, yo hago las cosas bien, pero siento que no soy tan buena, yo no estoy segura de lo que soy capaz de hacer, como si todo fuera una mentira, los resultados no van conmigo” (devaluación narcisística).

En su percepción de los otros hay desconfianza y poca credibilidad en su consistencia y persistencia, lo cual interfiere con sus relaciones interpersonales, afectivas y vínculos

“a pesar de que quiero a las personas, pero no llego a vincularme... no dejo que entre tanto en mí para que no me duela eso... que se vayan”

apareciendo el desapego defensivo para evitar el dolor.

En el proceso terapéutico en la primera parte de la intervención, se mostró distante, desconfiada y escéptica, situación ésta que a partir del afianzamiento de la transferencia y cuando se va fortaleciendo la matriz terapéutica fue cambiando positivamente, en la segunda parte de la intervención, Proceso Dos (P2) para Valeria es muy claro el lugar y el *“estar ahí”* de la terapeuta, por eso regresa a continuar su proceso.

porque no busca de su ayuda en los momentos de dificultad, tristeza o frustración.	
--	--

6.9 Diagnóstico de proceso

SARA	VALERIA
<p>Teniendo en cuenta el contenido del proceso realizado hasta el momento, se podría decir que la paciente presenta conflicto en el desarrollo (Schnitter, 2017) concerniente a los cambios propios de la edad (adolescencia), el duelo por la identidad y el cuerpo infantil segunda individuación (Blos, 1971) pasar del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, entre otros. Siendo estos, factores que inciden en el estado emocional, así como la percepción de Si mismo, los otros y el mundo. Este proceso también se ha conflictuado, por diversos factores, tales como:</p> <p>La pérdida del hermano, que fue una muerte violenta, además de que tiene que ver constantemente a la persona que generó su muerte porque es un vecino del sector donde vive; la muerte de la abuela paterna, la cual era una persona significativa para ella, así como también la muerte de un buen amigo, quién fue asesinado el año pasado.</p> <p>En Sara se hacen evidentes los efectos de las fallas en cuanto al establecimiento de normas y límites, por parte de los padres, quienes tienen un estilo relacional que oscila</p>	<p>Valeria presenta Conflicto del desarrollo (Schnitter, 2017) en el análisis del caso se observan fallas desde la relación temprana madre-hija, en la transmisión del maternaje, con experiencias de fondo y clima afectivo agresivos y hostiles. Además, la madre de Valeria se encontraba deprimida, cuando ésta nació y durante sus primeros meses de vida. Todo esto deja una serie de experiencias sin resolver, no tienen palabras (preverbales), pero están ahí, unas veces integrados, otras no, muchas veces no integrados.</p> <p>En una dimensión de la segunda individuación (Blos, 1971).</p> <p>En la consolidación del sí mismo, se evidencian fallas en la cohesión, diferenciación e integración, en este nivel de la adolescencia los cuales ella ha ido integrando a partir de sus recursos intelectuales y del proceso terapéutico, la diferenciación sí mismo-objeto cognitivamente lo puede hacer. Y la integración, ha sido posible por la psicoterapia.</p>

<p>entre la agresividad de la madre y la pasividad del padre, lo cual aparece conflictuado en la propia historia de cada padre con sus padres (madre con madre agresiva y padre pasivo y padre con padre violento y madre pasiva). Lo que ha incidido directamente en el proceso de diferenciación, Sí mismo/objeto en Sara.</p> <p>Madre agresiva y/o ambivalente en su trato y el padre pasivo, pero afectuoso. Elementos éstos que se pueden leer, en el espacio clínico como parte del enojo, dolor y tristeza que la paciente siente, en tanto estos factores la llevan a no poder confiar en sus padres.</p> <p>La ambivalencia está relacionada con ambos padres, ya que integrar la representación parcial del objeto, en objeto total, todavía le genera dificultad para identificar aspectos positivos de sus primeros vínculos objetales, lo que hace que predomine la agresividad en especial hacia la madre, obstaculizando la recepción de lo positivo que proviene de ésta.</p> <p>El nivel más alto de relaciones alcanzado es tríadico, puede establecer relaciones por fuera del hogar, tiene amigos, ha tenido novio, estudia, entre otros. Aunque aparecen ciertas expresiones y comportamientos diádicos y falta de autonomía, fallas en la autoregulación, dependencia, ya que ocasionalmente tiene la necesidad de dormir con la madre, requiere de la presencia del otro para cuidar de sí</p>	<p>En el Proceso Uno (P1), se evidenció la elaboración de los duelos propios de la edad (cuerpo, padres de la infancia, etc).</p> <p>Presenta dificultades en la autorregulación y regulación del objeto, aunque Valeria se ha ido integrando vía intervención terapéutica y vía vínculo con el otro.</p> <p>Su nivel más alto de relaciones objetales alcanzado es tríadico, en tanto tiene amigos, estudia, ha viajado sola, modera grupos de trabajo con niños pequeños en su colegio, etc.</p> <p>En cuanto a los aspectos vinculares objetales, aparecen expresiones diádicas y ciertas manifestaciones relacionadas con el apego defensivo,</p> <p><i>“A pesar de que quiero a las personas, pero no llego a vincularme tanto... No dejo que entren tanto en mí para que no me duela eso... que se vayan”.</i></p> <p>Presenta rasgos esquizoides que evidencian sus dificultades con el apego, ya que éste es vivenciado de forma dolorosa. Lo cual ella ha ido procesando con sus recursos intelectuales y el trabajo terapéutico. La estabilidad y consistencia de la matriz terapéutica le ha permitido mayor posibilidad de establecer otros vínculos. Actualmente su atención radica en la elección de pareja, donde se evidencian, aspectos residuales del desapego defensivo y la devaluación narcisística, evidenciadas en el Proceso Uno (P1) y Proceso Dos (P2),</p>
--	---

misma, se autoagrede (cutting), teme salir sola y requiere compañía.	esto está relacionado con las fallas en los suministros narcisísticos maternos, por no ser consistentes. Y del padre y abuela paterna (cuidadora primaria), por ser ambivalentes, es decir devaluantes y agresivos, lo que ha afectado su autopercepción y valor de si.
--	---

7. Metodología

Esta investigación está centrada en los principios de la psicología dinámica en la tradición relacional, la cual se fundamenta en el paradigma fenomenológico o hermenéutico y se ocupa de la búsqueda y construcción del “sentido”, ya que tiene su campo de acción en la psicoterapia y se encarga de la experiencia subjetiva, en cuanto es una construcción de las experiencias de vida y su significado que se entrelazan en una matriz relacional (Mitchell, 1993), desde la cual se comprenden los procesos que han ocurrido en dicha experiencia; es decir, la forma como cada persona representa sus vivencias, vínculos y relaciones. Todo esto, puede ser recreado y experimentado, con la posibilidad de que emerjan nuevos sentidos (Schnitter, 2017). Además,

La clínica no le pertenece a ninguna profesión en particular: una realidad relacional o vincular, sin importar cuantos vínculos hayan comprendidos en ese contexto relacional, si son reales o representados o virtuales. Es una forma de razonar desde un lugar, que podríamos denominar ético, y por esto quiero decir una opción. Si no es una opción no puede ser ética y por lo tanto no sería clínica (Schnitter, 2005, p.2).

De tal forma, como sostiene Schnitter (2005), “en esta medida no podemos hablar de aplicación de principios teóricos a la búsqueda de sentido, pues no hay teoría que dé cuenta de ello” (p. 3-4).

Es decir, la búsqueda de sentido se construye en una relación, tal como lo plantea Wittgenstein (como se cita en Gergen, 2006), no existe un lenguaje individual, de ser así, no podríamos comunicarnos, el lenguaje es relacional. Por lo tanto, el sentido no es dado por la acción individual, sino que es el resultado de una co-acción (Shotter como se cita en Gergen, 2006), entonces, es un proceso relacional y constructivo, que posibilita la comprensión y da lugar a los emergentes clínicos, por ello, el método es un emergente, que se va construyendo en el contexto de la relación entre los sujetos participantes en una situación (Jaramillo & Schnitter, 2004), lo cual se ubica en el paradigma constructivista. De tal manera que la presente investigación se ubica en el paradigma constructivista.

El paradigma Constructivista, plantea una ontología relativista, en el que las realidades son locales y específicamente construidas; su epistemología es transaccional y subjetivista, dado que se entra en interacción y en transacción con la situación y los hallazgos son creados por el investigador; con una metodología hermenéutica, dialéctica y dialógica, es decir interpretativa y dinámica dado que, dichos hallazgos son creados en una construcción del investigador en relación con las realidades subjetivas que encuentra, (Guba & Lincoln, 2005), por esto, los clínicos relacionales se ubican en este paradigma (Schnitter, 2016).

La presente investigación, se fundamenta en la importancia de la búsqueda del sentido en la experiencia subjetiva y de relación, donde el razonamiento clínico, Schnitter (2005) lo considera como,

un proceso emergente de la experiencia, de las acciones, en contexto de relación con el mundo de lo humano por lo que es multidimensional y complejo: organísmico, emocional, cognitivo,

afectivo, histórico experiencial. En esta medida el quehacer de cada profesional estará articulado con esta dimensión del sujeto en relación (ser/relación) y su urdimbre con los principios y preguntas de su disciplina en la construcción de la praxis profesional. (p. 2).

Lo cual surgirá de forma gradual en el encuentro clínico entre Terapeuta y paciente; dicho razonamiento clínico, se convierte en la herramienta que permite conocer, comprender e interpretar ciertos datos propios del individuo, siendo estos datos,

los procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos, como un sujeto se vincula (individuo, o grupo, o comunidad), se relaciona, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo. (Schnitter como se cita en Trujillo, 2009, p. 33).

De tal manera que la búsqueda del sentido está centrada en la aparición de los emergentes clínicos propios a cada sujeto, que se manifiestan en el plano de la matriz relacional y se expresan según Schnitter (2017), en la cuarta historia, que acontece recogiendo las anteriores historias, a saber:

Primera historia, primer plano del sujeto que consulta, ***da cuenta de su vivencia relacional primaria***. La segunda historia, se refiere a la experiencia que el sujeto construye sobre esa vivencia, tal como la tiene simbolizada, son sus comprensiones, es ***la historia de la vivencia***. La tercera historia, es la que el sujeto narra al llegar a la consulta, es decir, la narrativa, las comprensiones, la sensación de que hay algo que no se ajusta, es ***la experiencia narrada en presencia del terapeuta***. La cuarta historia, es el compendio de las anteriores historias en el vínculo terapéutico, es ***la relación con el terapeuta***, la que propone el plano de esta cuarta historia, como inédita, es decir, la del par terapéutico, finalmente, el plano en el que se desarrolla el proceso terapéutico. (Schnitter, 2017). La realización de este proceso relacional, permite la co-construcción, es decir, “el sentido se transforma en el interior de la matriz relacional que forma el par terapeuta-cliente (Gergen, 2006)”.

En esta línea argumentativa, los emergentes clínicos serán entendidos como construcciones que son el producto de la interacción entre el investigador y su objeto de estudio (Guba & Lincoln, 2005). Lo cual se encuentra enmarcado en el diseño cualitativo, cuya forma de indagación es inductiva y el investigador se relaciona con los datos y los participantes, centrándose en la comprensión de los significados y buscando respuestas a preguntas enfocadas en lo social (Ricoy, 2006). De tal manera que la búsqueda de sentido y el surgimiento de los emergentes clínicos, están inmersos en la triada sujeto, subjetividad y significación planteada por el enfoque fenomenológico-hermenéutico (Sandoval, 1996). Entonces, en la presente investigación se plantea como propuesta metodológica el estudio de caso único; lo que hace que la fenomenología-hermenéutica se convierta en un enfoque “cuasi-clínico porque profundiza en la personalidad, integrando cuantos datos puedan ser recogidos (Fermoso, 1988, p.127)”. Es así como el abordaje metodológico de esta investigación se propondrá como estudio de caso único e intrínseco, ya que resalta lo particular, lo singular y lo interno, descartando la relevancia de otro tipo de caso, por lo tanto, solo se estudia ese caso (uno), como un “sistema específico, único, acatado (Stake, 2013, p.158)”. La idea es estudiar, indagar y analizar un tema para desplegar la comprensión de éste. El estudio de caso único planteado en esta investigación es **“Implicaciones clínicas del cutting en la adolescencia”**.

El análisis se realizó con la propuesta metodológica de la teoría fundamentada propuesta de Strauss y Corbin (2008). Durante el proceso de investigación se identificaron primero los conceptos, descubriendo en los datos sus propiedades y dimensiones, lo que corresponde a la asignación de códigos. Después se realizó la codificación axial (integración de los códigos) en la que se relacionan las categorías a sus subcategorías, y por último, la codificación selectiva, en la que se integra y refina la teoría (elaboración de categorías). Estas categorías se realizaron en una matriz de Excel.

Los criterios para la selección de la población fueron los siguientes:

1. Mujeres Adolescentes, entre 15 y 18 años, con historia de autolesión (cutting), cursando secundaria.
2. Cumplir con los siguientes criterios del DSM V
 - A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal de tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión, solo conllevará un daño físico leve o moderado (**es decir, no hay intención suicida**).
 - B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos, con una o más de las siguientes expectativas:
 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo-
 2. Para resolver una dificultad interpersonal.
 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.
- Nota:** El alivio o respuesta deseados, se experimentan durante o poco después de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

 - C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
 1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.

2. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

D. El comportamiento no está asociado socialmente.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento, no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno excoriación [dañarse la **piel**]). (p.803).

3. Mínimo un año de proceso psicoterapéutico.

Las dos adolescentes seleccionadas para el presente estudio, se encontraban en psicoterapia con sendas investigadoras. Durante la trayectoria de ambos procesos psicoterapéuticos se determinaron los criterios necesarios para hacerlas partícipes de la investigación, invitándolas a conformar y a decidir su intervención en esta. Luego se les contextualiza respecto al trabajo investigativo, se les lee, explica y se hace entrega del consentimiento informado, el cual fue revisado por el tutor de la maestría, luego firmado por el psicólogo clínico y las dos adolescentes. En ambos casos, firman las pacientes, ya que eran mayores de edad.

El método que se utilizó para llevar a cabo el análisis implicó el acompañamiento y seguimiento de las psicólogas clínicas durante un año y medio, la asesoría por parte de la tutora de la maestría y el análisis exhaustivo del material de cada caso, a través de la lectura de procesos, propuesta por Strauss & Corbin (2008) como,

Una secuencia de acción, interacción y emoción, que ocurre en respuesta a situaciones o problemas, frecuentemente con el propósito de alcanzar una meta o manejar una situación, las acciones, interacciones, emociones, ocurren a través del tiempo, comprenden secuencias de diferentes actividades e interacciones y respuestas emocionales (aun cuando no siempre obvias) y tienen un sentido de propósito y continuidad. La estructura (contexto) y el proceso, están relacionados, puesto que las personas actúan en respuesta a algo, ese algo siendo los temas problemas, situaciones, metas y eventos que ocurren en sus vidas (p. 96).

Los elementos evaluativos de la investigación fueron:

1. la transcripción de 8 sesiones de consulta de cada paciente, los códigos utilizados para referirse a éstas y a sus viñetas son: Valeria: (P1) primera intervención, (P2) segunda intervención y Sara (Sara).
2. Guía de presentación de casos clínicos de Holbrook, adapt. Schnitter (2005)
3. Notas de proceso (toma de notas), realizadas por el terapeuta en cada sesión durante el tiempo de la intervención, entrevistas con los padres y conceptualización de los casos.

Para la presente investigación se resaltaron los criterios de confiabilidad, respeto, manejo digno y cuidadoso de la información brindada por las pacientes. Bajo los lineamientos y amparo de la resolución N. 008430 de 1993, que determina las normas y rigurosidad técnica y científica para las investigaciones en salud. Según esta resolución, el presente estudio representa riesgo mínimo para las participantes, dado que, las técnicas utilizadas no afectan el estado comportamental ni mental de éstas, además de que ambas

continuaron en proceso terapéutico. Así mismo, se les informó sobre una futura publicación de artículo científico. Además, se les explicó detalladamente las implicaciones de este tipo de estudio, el manejo digno y responsable de la información personal, enfocada en la protección y reserva de su identidad, ya que se cambiaron datos de dicha información como el nombre, ocupación, datos del genograma, entre otros. Se les informó su derecho adquirido a retirarse de la investigación en cualquier momento.

Esta investigación fue realizada por dos psicólogas clínicas en formación de Maestría en clínica, que fueron asesoradas y supervisadas por una psicóloga (tutora), con amplios conocimientos y experticia en investigación y psicología clínica.

8. Marco Referencial

8.1 Clínica psicodinámica en la tradición relacional

La Clínica psicodinámica en la tradición relacional es una epistemología que se encarga del planteamiento de preguntas sobre el ser humano, de las cuales se tendrán en cuenta tres de éstas, la realidad, la adaptación y la acción, en tanto estos interrogantes posibilitan la distinción de otras disciplinas (Schnitter, 2016).

La primera pregunta es sobre **la realidad**, tal como dice Goodman, (como se cita en Bermejo, 2008), la realidad no se encuentra, se construye, lo cual es “un proceso inseparable de comprensión y creación (p. 43)”, por esto, la realidad es relativa, la construcción es siempre reconstrucción, dicho proceso de comprensión es complejo e incluye sensibilidad y cognición,

Si no existe ningún mundo prefijado, entonces construyamos mundos... ¡Si no existen criterios objetivos, entonces construyamos criterios! Nada está prefijado, sino que todo está todavía por crear (...). Somos creadores de mundo. (Bermejo, 2008, p. 49)

La realidad nos lleva a hacernos preguntas y asumir una posición paradigmática particular, los paradigmas alternativos son varios, pero comparten un criterio en común; la realidad social es una construcción y surge en palabras de Morin (1994), como el resultado de interacciones entre los individuos, que conforman estructuras con características propias, como el lenguaje y la cultura. Entonces, “la realidad es construida, también la podemos transformar en este sentido de relación y los modelos son relacionales, o sea privilegian la relación (Schnitther, 2016)”.

La segunda pregunta es sobre **la adaptación**, en palabras de Piaget (1991), quién la define como el equilibrio entre asimilaciones y acomodaciones,

es decir, “esta es la forma general del equilibrio psíquico y el desarrollo mental aparece entonces, en su progresiva organización, como una adaptación siempre más precisa a la realidad (p.17)”.

Piaget citado en Horner (1982), en cuanto a la **asimilación** se refiere a que nuevas experiencias son tomadas y modificadas para ajustarse a la organización mental preexistente y **la acomodación**, que es el cambio o ajuste de estructuras preexistentes, para aprehender la realidad; éstos interactúan mutuamente, en un proceso de **equilibrio**, siendo éste último el que modera y administra la relación entre asimilación y acomodación, es decir, el equilibrio es una integración escalonada de esquemas diferenciados, o sea, el balance entre las estructuras internas de pensamiento del sujeto y el medio externo.

Por su parte Hartmann (1987), manifiesta que la adaptación depende, por un lado, de la dotación primaria del hombre y la maduración de sus aparatos y por otro lado, de las acciones reguladas por el Yo, que al utilizar esa dotación, compensa las alteraciones del medio y mejora las relaciones de la persona con éste, es decir, la adaptación es una relación bidireccional entre el organismo y su ambiente, en la que el Yo, tiene una tarea de adaptación en el sistema evolutivo, de transformar la realidad y transformar al ser humano, entonces un organismo y su ambiente se transforman mutuamente, esta es la lógica de la adaptación.

Hartman plantea tres momentos de la adaptación, según la necesidad, **la autoplastia**, que implica hacer cambios en la persona (Yo cambio), **la aloplastia** hacer cambios en el ambiente (cambio el ambiente) y el último momento, que está sujeto a los dos anteriores sería la elección de un nuevo ambiente.

La adaptación en el sentido Hartmaniano, es una relación, en el sentido contemporáneo complejo, es una relación sistémica, entre un individuo y su ambiente, medio en el que vive, o sea contextual, es una totalidad, hay una relación compleja, partes, todo, contexto, historia, etc. (Schnitter, 2017).

Por lo tanto, la adaptación es, “un proceso, creativo, activo y de conformación, que puede exigir transformaciones, tanto de lo que se quiere adaptar, como de aquello a lo que se quiere adaptar, tanto del elemento a adaptar como de lo ya adaptado (Bermejo, 2008, p. 38)”. En otras palabras, la adaptación, es la capacidad de hacer transformaciones y establecer relaciones.

La tercera pregunta es respecto a **la acción**, la cual se entiende como el movimiento que implica transformaciones. Según Piaget (1991) la acción humana es un “mecanismo continuo y perpetuo de reajuste y de equilibramiento (p. 16)”, el bebé actúa sobre su medio lo que permite el desarrollo cognitivo, organiza sus experiencias primero en patrones, luego en patrones de patrones, le da un sentido a estos patrones, o sea que los convierte en esquemas (Horner, 1984).

Las acciones dan como resultado el desarrollo de esquemas, que son organizaciones o estructuras mentales y consisten en la ordenación de ideas y su relación con otras ideas, también son respuesta de procesos de organización, asimilación, acomodación, diferenciación e integración. Los esquemas se transforman en representaciones, siendo éstas, esquemas cognitivos complejos, que implican la organización de elementos psíquicos, que incluyen el afecto, el cuidado y la relación y se refieren a la estructura del self o a la estructura del “objeto” que da cuenta de la imagen mental que el niño construye del cuidador y de su Self. Dichas representaciones, se desarrollan como lo dice Piaget (1991), al puntualizar la evolución de los esquemas cognitivos.

Al respecto Schnitter (2017) Afirma,

Si somos hijos de Piaget y de la noción de esquema, si somos constructivistas, en la raíz, en ese sentido entonces, la dimensión de la acción cobra sentido.

De tal manera que, al enmarcarse en los postulados del paradigma constructivista, se dice que el ser humano es edificado en un concepto de relación y afecto, es decir, en el lenguaje relacional, el individuo se concibe en relación y transformación permanente, ese es el modelo de la **Clínica psicodinámica en la tradición relacional**, cuyo núcleo es la dimensión relacional y tiene tres ejes: representacional, relacional y evolutivo que se entrecruzan (Shnitter, 2017). Es así como, tomando como premisas básicas de lo psicobiológico, madurez y desarrollo, la psicología dinámica plantea que maduración y desarrollo, hallan en la dimensión relacional una espiral que les permite moverse (Greenberg & Mitchell, 2000; Horner 1982). Esto es lo que las corrientes relacionales en psicología y psicoanálisis se conoce como matriz relacional.

La matriz relacional se entiende según Mitchell (1993) desde su teoría social de la mente. Que la mente, al ser un producto social, surge de la dimensión relacional. Es así, como este componente social está determinado para el bebé por la calidad del ambiente del cuidador primario, siendo fundamental la presencia, predictibilidad, persistencia y permanencia de éste (Schnitter, 2017); lo que a su vez determina la construcción psicológica del sujeto. El sujeto psicológico surge de una fusión con otro (Mahler, 1975) que lo sostiene, Winnicott (1996), convirtiéndose así en una experiencia relacional, que tiene su inicio en la relación simbiótica con la madre, pasando por un proceso de separación individuación y culminando con el logro de la identidad y la constancia objetal, es decir que la madurez psicológica está sujeta a la consolidación del mundo representacional objetal (Bedoya, 2006).

Por su parte, Horner (1982), sintetiza los postulados de la psicología del yo, la psicología del self, y en lo referente a la construcción del mundo representacional; retoma las fases del desarrollo, conducentes al nacimiento psicológico planteadas por Mahler (1975), a saber: Proceso de apego y sus fases, autismo normal, simbiosis normal y proceso de separación/individuación dividida en 4 subfases: diferenciación, ejercitación locomotriz, acercamiento y en camino a hacia la identidad y la constancia. (Separación implica la diferenciación, distanciamiento y límites con la representación de los objetos maternantes e Individuación que se refiere a la evolución autónoma intrapsíquica, memoria, percepción, cognición, prueba de realidad). Estos dos procesos o carriles evolutivos están interrelacionados y van en ritmos diferentes. Los planteamientos del desarrollo y organización del psiquismo propuestos por Mahler, son retomados por Horner (1982) quien plantea las implicaciones para la psicopatología de perturbaciones tempranas en el ámbito de las relaciones objetales.

De tal manera que, Horner (1982), define las relaciones objetales como:

estructuras intrapsíquicas específicas, a un aspecto de la organización del Yo y no a las relaciones interpersonales. Sin embargo, estas estructuras intrapsíquicas, las representaciones mentales del sí-mismo y otros (el objeto), sí se manifiestan en la situación interpersonal (...). Es útil considerar como surgen estas estructuras, pensar en términos de los procesos mentales tempranos, por medio de los cuales el recién nacido organiza su mundo en patrones significativos. Un patrón básico es el del sí mismo- la representación del sí- mismo, en tanto que la otra es la representación del objeto- la representación objetal. El objeto se refiere al a persona (o personas), maternante primaria en el ambiente del bebé y del niño pequeño. Las relaciones dinámicas y estructurales entre las representaciones del sí- mismo y las representaciones del objeto constituyen lo que denominamos relaciones objetales. (p. 3).

Es así como, al hablar de Relaciones Objetales, se hace referencia al nivel de las representaciones y no de las personas reales, sin embargo dicho mundo representacional se construye en la realidad de la vivencia de relación con personas, de esta forma el resultado del desarrollo es la organización de dos estructuras específicamente definidas, ellas son: representaciones del sí mismo y representaciones de los otros (objetos de relación), en el contexto de un mundo de relaciones particular y del valor que se le otorga a ese mundo (Jaramillo & Schnitter, 2004).

8.2 Agresividad

En esta investigación se pretende comprender las implicaciones clínicas del cutting en la adolescencia, teniendo como premisa que este acto es una conducta autoagresiva y autolesiva, para ello se hace una descripción de la agresividad y desde allí abordar la autoagresión.

Para la teoría psicoanalítica el concepto de agresividad ha tenido un papel central por la relevancia que tiene en la clínica, presente en los análisis de casos de diversos autores que se

orientan por la práctica psicoanalítica, la agresividad cobra importancia principalmente la que se evidencia bajo la forma de destrucción del propio Yo; fenómenos tales como el abuso del alcohol, drogas psicoactivas, la anorexia, o algunas prácticas sociales, en este caso el cutting.

Los interrogantes que giran alrededor de la agresividad, tanto hacia el propio cuerpo como hacia los otros, están relacionados con que si este mecanismo es innato o adquirido, cuál es el monto de agresividad implicado en los diversos fenómenos clínicos, cuál es su función en el ser humano, qué consecuencias psíquicas traumáticas implican agresividad, y además es pertinente interrogar por la finalidad terapéutica con relación a la agresividad junto con la función del terapeuta en la tramitación de la misma.

Estas preguntas han sido abordadas por diferentes teóricos tratando de esclarecer la relación de la agresividad en el ser humano. De esta manera el concepto de agresividad ha sido interpretado con diversas significaciones, matices y orientaciones, que hacen que sea compleja su comprensión, particularmente desde la clínica, en tanto su abordaje será de acuerdo a la agudeza que del concepto se tiene.

Para Freud la agresividad fue motivo de constante estudio y hasta el final de su vida trató de esclarecer el sentido y la función de esta noción tan oscura y compleja, recurriendo a sus planteamientos teóricos y relacionándola con la pulsión de muerte. Por lo tanto, conceptualizar la agresividad implica esclarecer la forma como ha sido abordada en diversos autores, lo que permita mayor claridad del concepto. Por cuestiones teóricas y metodológicas solo se tomarán algunos autores que hacen uso del concepto, desde la clínica psicodinámica en la tradición relacional, consecuente con esta investigación. Para ello se parte de la conceptualización que hace el psicoanálisis clásico, en cabeza de Freud.

Freud se percató de que en los seres humanos existe una fuerza vital que parte del interior del cuerpo y se enlaza con lo psíquico, a esto lo llamó *pulsión*, diferenciándola del instinto que se presenta en los animales bajo la forma de organización preestablecida. La pulsión – formalizada en 1915, en el texto “*Pulsiones y destinos de pulsión*”– es definida como una fuerza vital constante, en continuo fluir, “un representante psíquico de poderes orgánicos” (Freud, 1915, p. 108), compuesta de cuatro elementos fundamentales: fuente (el organismo), el empuje, el objeto y la meta (satisfacción), alude a que el objeto es lo más variable de la pulsión y que ésta siempre busca la satisfacción, pues está sometida al principio de placer.

En esta formalización teórica Freud (1915) argumenta que la pulsión toma varios destinos: vuelta hacia lo contrario (de lo activo a lo pasivo) como por ejemplo lo que sucede en la transmutación del sadismo al masoquismo, o el amor al odio; el otro destino de la pulsión es la vuelta hacia la propia persona, donde aparece también la referencia al sadismo y el masoquismo, donde este último es un sadismo hacia el propio Yo, así dice Freud: “...el masoquista goza compartidamente la furia que se abate sobre su persona (p. 122)”, la meta, esto es, la satisfacción esta inalterada, mientras que el objeto se vuelve el propio yo. “El gozar del dolor sería, por tanto, una meta originariamente masoquista, pero que sólo puede devenir meta pulsional en quien es originariamente sádico (Freud, 1915, p. 124)”.

Ya en 1920, en el texto “Más allá del principio de placer” el concepto de pulsión alcanza su punto más decisivo, en una postura dualista introduce la pulsión de muerte, sin abandonar el concepto de pulsión de vida.

Es aquí donde Freud plantea la nueva dicotomía: Eros y Tanatos como pulsión de muerte, donde hace además explícito el problema de la destructividad; propone entonces que en el ser humano estas dos fuerzas psíquicas están contrapuestas, pero hacen parte de una misma energía

psíquica pulsional: una va por la conservación de la vida y la otra por la destrucción, enfrentadas ambas a los influjos psíquicos.

Así la pulsión es una sola con dos tendencias, la vida y la agresividad que es la forma de expresar lo que llama pulsión de muerte. Un más allá del placer, lo que indica un exceso de satisfacción que se torna mortífero para el sujeto, algo más allá de la intencionalidad del yo al servicio de su dominio. De esta manera la tendencia de la pulsión de muerte tiene sus raíces inconscientes que van hacia la destrucción del propio sujeto por el abuso de objetos que lo ponen en riesgo.

Se comprende entonces que la pulsión de muerte actúa silenciosa bajo los influjos del eros, en tanto está mezclada con éste, inseparables y complementarias, las pulsiones no se encuentran en estado puro, solo eros o solo muerte, todos los actos de los seres humanos poseen una parte de ambas pulsiones, una juntura entre placer y displacer. Las pulsiones actúan solidarias para mantener la homeostasis del yo, pues la pulsión de muerte (destrucción) se rige bajo el principio de mantener la tensión psíquica a nivel cero, una tendencia de volver a un estado anterior a la vida. Esto lo constata Freud en la observación clínica de fenómenos como el masoquismo y la autodestrucción; incluso ésta tendencia a la pulsión de muerte se evidencia en la transferencia como compulsión a la repetición, es decir, aquello que el ser humano no comprende o no ha tramitado, lo repite bajo la forma de acto; así también se encuentra en los sueños de repetición de neurosis traumáticas, y el juego repetido del niño cuando trata de simbolizar la ausencia de la madre. Todo esto lo relacionaba con la pulsión de muerte, como una lucha por la vida desde el Eros.

En las nuevas aportaciones al psicoanálisis (1933 [1932]), Freud reitera sobre las dos tendencias de la pulsión y las nombra como las pulsiones activas y pasivas y aduce que una manera de hablar de las pulsiones es con respecto a la meta, esto es, la satisfacción, pues ella

puede ser alcanzada de manera pasiva o activa, así dice: “para alcanzar una meta pasiva se requiere un gasto de actividad. La meta puede alcanzarse en el propio cuerpo, pero por regla general se interpone un objeto exterior en que la pulsión logra su meta externa; su meta interna sigue siendo en todos los casos la alteración del cuerpo sentida como satisfacción” (p. 89). No hace énfasis a la pulsión de muerte o de destrucción, se nota más bien el cambio en la forma de nombrar la parte de la pulsión que siendo activa o pasiva, dirige su satisfacción o al propio cuerpo o al exterior.

La lectura que hacen Laplanche y Pontalis (1996) al respecto de la pulsión de muerte o de la agresividad en Freud, es que esta desempeña un papel fundamental en la vida de los seres humanos, y la resumen en: Una parte [de la pulsión de muerte] se pone directamente al servicio de la pulsión sexual, donde su función es importante. Hallamos aquí el sadismo propiamente dicho. Otra parte no acompaña esta desviación hacia el exterior, sino que permanece en el organismo, donde queda ligada libidinalmente con la ayuda de la excitación sexual que la acompaña [...]; aquí reconocemos el masoquismo originario, erógeno (p. 15).

Frente a la autodestrucción o la tendencia a la misma, solo se puede saber de ella por su unión con la pulsión sexual, algunos de los fenómenos clínicos que más ilustran la tendencia a la autoagresión y que encontramos en Freud son los estados de duelo, la melancolía, los sentimientos de culpabilidad inconsciente, las tendencias masoquistas del yo, la reacción terapéutica negativa, entre otros, como esa tendencia del ser humano al sufrimiento.

En consonancia con los postulados psicoanalíticos Freudianos, Anna Freud (1978), quien es una figura representativa del psicoanálisis infantil, plantea una perspectiva evolutiva del conflicto y propone que cada fase del desarrollo posee características y formas de expresión de la sexualidad y ansiedades determinadas, proponiendo así, el concepto de líneas del desarrollo.

Sus aportes teóricos se direccionaron a la psicología del Yo, con énfasis en la conceptualización de los mecanismos de defensa (Freud, 1978).

Freud (1992), en la observación de algunos casos clínicos, encontró que el aumento de las “frustraciones de deseos libidinales esenciales” (p. 131) causada por actitudes de desamor, rechazo o prohibición por parte de los padres, incrementa las reacciones agresivas a privaciones normales de la vida. También señala que la falta de relaciones afectivas estables en la primera infancia, causada por ejemplo por la pérdida de los padres o cuidadores, puede tener consecuencias en el desarrollo erótico del niño; entonces los impulsos eróticos y destructivos, no se dan de forma adecuada y la agresión se manifiesta como destructiva.

La agresión también ha sido conceptualizada de forma diversa a cómo fue entendida en la teoría del psicoanálisis clásico, debido a las nuevas investigaciones, aportes y conceptualizaciones que abrieron la perspectiva sobre los procesos implicados en la constitución del aparato psíquico, entre ellos la agresión.

En esta línea de argumentación, se retoman los aportes de Hartmann (1987), continuador de la línea de pensamiento sobre el Yo introducida por Freud en 1923, con relación a la agresividad, Hartmann introduce el concepto *neutralización*, según el cual la energía pulsional es neutralizada y se pone al servicio del Yo, que se encarga de dessexualizar y desagresivizar la pulsión, de tal manera, que la neutralización de la pulsión agresiva sirve al establecimiento de mecanismos de defensa, la formación de la identidad, al narcisismo, y a la resolución de la ambivalencia; es decir, está al servicio de la separación/individuación.

Para efectos de la presente investigación, se nombrarán algunos conceptos planteados sobre la agresión, desde los siguientes autores: Hartmann, Winnicott, Kernberg, Mahler, Horner y Bleichmar, quienes definen desde la clínica psicodinámica en la tradición relacional, modelo que se

basa en la premisa de que los esquemas repetitivos de la experiencia humana no se derivan (como en el modelo pulsional) de la búsqueda de la gratificación de presiones y placeres inherentes (ni, como en la interpretación de Freud posterior a 1920, del funcionamiento automático de la pulsión de muerte) sino de una tendencia general a conservar la continuidad, las conexiones y la familiaridad del mundo personal e interactivo (Mitchell, 1993, p.47)

Según este planteamiento, la agresión más que un impulso que deviene de la pulsión de muerte, dirigida a la autodestrucción, es una dimensión del desarrollo, que desde el inicio está al servicio de los procesos de separación individuación, de investidura narcisística (Bleichmar) del sí mismo, junto con el alcance de logros y objetivos propios de todo Self verdadero en términos de Winnicott (1996) La agresión es así una línea de desarrollo, utilizando metafóricamente el concepto de Anna Freud (1978), en la medida en que posibilita desde el nacimiento la motilidad y la ejercitación del aparato motor que luego se pondrá al servicio del infante, para después posibilitar la exploración, el investimento de las funciones corporales, el juego, la acumulación de logros que posibilitan la satisfacción consigo mismo, para lograr la tramitación de los límites que promueven individuación. De esta manera la agresión, es una función positiva y saludable del desarrollo, a diferencia de su función destructiva propuesta anteriormente.

A este respecto, Winnicott (como se cita en Lacruz, 2013), niega la pulsión de muerte, destacando el valor positivo de la agresión (primaria), entendida como fuerza vital, también nombrado por éste como “amor cruel”, apareciendo el amor y la agresión primarios fusionados; lo que se presenta antes de los seis meses, con dependencia absoluta del cuidador y falta de integración del psiquismo.

De tal forma, la agresión primaria (amor cruel), se encuentra al servicio de la motilidad, la creatividad, el conocimiento y el aprendizaje; posibilitando, además, la estructuración del psiquismo, a través de la subjetivización del individuo. Dicha agresión

precisa de un ambiente facilitador suficientemente bueno para el desarrollo armónico del individuo, y que requiere una atención y un autocuidado constante en el transcurso de la vida (Winnicott como se cita en Lacruz, 2013).

El ambiente facilitador suficientemente bueno está determinado por el sostenimiento psíquico (**holding**) y la manipulación por parte de la madre (**handling**) acción que contribuye a la asociación psicósomática (ser uno con el propio cuerpo) y la diferenciación entre lo real de lo irreal (Winnicott, 2009); entonces, **el holding** es la cuna en que se nace, es el ingreso del niño al entorno de la madre, ya que ésta es la que va a identificarse con él, y **la presentación objetual**, que es la capacidad materna de mostrar los objetos en el momento que el niño lo requiere. Es así, como las fallas en estos procesos, provocan lo que Winnicott llama agresividad reactiva, o por represión, como defensiva, reaccionando de esa manera a los ataques y arremetidas del ambiente, por miedo, rabia por frustración u odio contra algo que se desaprueba (Winnicott, 1996).

Así también, por su parte Kernberg (1979), en sus teorizaciones sobre la agresión, sostiene que la pulsión agresiva se debe a experiencias de rabia, por la frustración y dolor, siendo ésta la forma de darles salida; las cuales pueden tornarse patológicas en situaciones extremas, convirtiéndose en odio o afecto agresivo secundario con el ánimo de destruir el objeto que origina ese sentimiento de dolor, es así como el odio es a agresión como excitación sexual a libido.

Mahler (1975), presenta la agresión como un proceso que está al servicio del desarrollo, la cual se evidencia desde el nacimiento del niño y a favor de la motilidad, la diferenciación a través de la distancia óptima, el logro de objetivos, y la separación e individuación. En esta misma línea interpretativa, Horner (1982), define la agresión como la energía del organismo para la consecución de sus objetivos de separación, asociado con impulsos agresivos con o sin rabia. El niño solo puede separarse yendo en contra del objeto, cuando éste le permite hacerlo, de lo contrario frustra el gesto espontáneo, en palabras de Winnicott, afectando el desempeño del verdadero self. Es así como, gran cantidad de frustración se asocia al aspecto destructivo de la agresión y puede llevar a la “*destrucción*” (Horner, 1982, p 85).

Por su parte, Bleichmar (1997) expresa que hay factores capaces de activar la agresividad, los cuales se ligan a elementos motivacionales que posibilitan la actividad del psiquismo y puede surgir del orden de lo biológico (endógeno) o de lo simbólico e involucra sufrimiento para el individuo. En cuanto a lo biológico, es vivido al interior del cuerpo como una amenaza, por ello el sujeto reacciona defendiéndose o atacando aquello que percibe como peligroso. Sin embargo, cuando la agresividad surge de lo simbólico o por la culpa sentida, ésta es derivada por la interpretación que el sujeto hace de lo que vive, es decir, si la persona se valora de forma positiva, soy inteligente o de forma negativa, no soy inteligente, adquiere una identidad propia y se vincula al sistema de valoración narcisista, por ende la agresividad puede servir para salir de la condición de sufrimiento narcisista o como un mecanismo defensivo en contra de la devaluación narcisística. El narcisismo se entiende según la mirada de Bleichmar (1976), como la valoración o apreciación que el sujeto hace de sí, representada para el yo en una escala de valores; nace en el individuo y se dirige a los objetos; este es el narcisismo secundario.

Es así como Bleichmar (1997) relaciona la agresión con el proceso de investidura narcisística del sí mismo, esto quiere decir que el proceso de desarrollo cuando promueve la consolidación de un sí mismo coherente, cohesionado e integrado, lo cual es posible a partir de los cuidados primordiales de la madre holding, handling y la exposición gradual al mundo real, que en palabras de Winnicott, contribuyen a la consolidación del Self verdadero, permite al infante mayores posibilidades de enfrentar su propia agresión (impulsos internos) y las frustraciones del medio (estímulos externos). De esta manera para este autor, el desarrollo del sí mismo, su valoración de sí, se relacionará con los recursos psíquicos que se construyen para hacer frente a los diferentes acontecimientos del desarrollo, es así como Kohut citado en Bleichmar (1997) sostiene que la agresividad se desenlaza por angustias narcisistas:

Su concepto de rabia narcisista como respuesta de un self que se siente amenazado en su integridad, que responde de esa manera ante las fallas empáticas del objeto (...) La agresividad narcisista permite otorgar una identidad al sujeto: él es el injustamente tratado por un objeto que no reconoce sus méritos; no es que él no valga, sino que el otro es injusto, no reconoce sus méritos (p. 227).

En el desarrollo normal, el sujeto puede reaccionar ante el objeto, por la devaluación sentida y vivida, estando la agresividad al servicio de la separación y la individuación, es decir, que intenta separarse del objeto para lograr autonomía, generando un espacio físico y psíquico entre el sí mismo y el objeto (Mahler, 1975). Por lo tanto, en esta línea explicativa, Hartmann, Winnicott, Kernberg, Mahler, Horner y Bleichmar plantean que la agresividad esta puesta al servicio del desarrollo, en tanto fomenta el proceso de separación individuación.

8.2.1 Autoagresión (Autolesión).

Un concepto necesario para entender el cutting es la autoagresión.

La adecuada tramitación de la agresividad sucede cuando el individuo puede reaccionar y poner la agresividad en el exterior, sin embargo, si el sufrimiento no se pone en el otro (tendencias proyectivas), sino que hay un proceso de autoatribución, la agresividad se va contra el sujeto, produciéndose una dejación a los cuidados del sí mismo por autoagresión (Bleichmar, 1997).

Entendiendo la agresividad contra el sujeto o vuelta contra si, como un mecanismo de defensa, que el yo utiliza, bajo el impacto de conflictos, siendo éste el resultado de la introyección de la agresividad contra sí mismo, Freud (1992), sostiene que cuando

Se evita en forma sostenida el empleo de los impulsos agresivos contra el mundo de los objetos, se internaliza excesiva agresión. Las consecuencias dañinas, de una distribución como ésta, de la energía agresiva, se manifiestan, en la esfera somática, como una inclinación mayor a desarrollar enfermedades orgánicas; y en la esfera mental, como una falta de autocontrol, una agría autocrítica, una excesiva severidad del superyó, estados de depresivos y tendencias autodestructivas (p. 130).

De tal manera, que si no se da una adecuada tramitación de la agresión, se convierte en autoagresión, en tanto no se dirige hacia el exterior, sino contra sí mismo, esto es lo que se manifiesta en el cutting, como autoagresión. Sin embargo, el cutting, es un llamado para el otro, cuya manifestación se da de una manera velada, como un mensaje cifrado, que no es posible ser puesto en palabras, es decir, solo se logra de forma cifrada. Aparentemente esta conducta no busca ser ni mostrada, ni exteriorizada, dando cuenta de un proceso fundamentalmente solipsístico y subjetivo. Dicha subjetividad, se encuentra lesionada y busca salida de alguna manera y se convierte en un recurso centrado en el retorno sobre si o **vuelta contra sí** (Dartiguelongue, 2012).

El Cortarse (Cutting), se visualiza como una puesta en escena y un llamado al otro (padres, colegios, figuras de autoridad, entre otros) lo que implica un **acting out**, este término

se toma del psicoanálisis en lo que concierne directamente a la relación analista-analizado y evidencia la relación transferencial; es decir, involucra los intentos del paciente de usar la transferencia, no solamente, para tramitar sus conflictos sino también, reactualizarlos en la relación con el analista (Nadel & Lunger, 1981). El acting out, es un llamado al otro, una demanda para que éste constituya su lugar. Se manifiesta como una conducta impulsiva, premeditada y propia a una situación antigua que se reactualiza y toma una forma “auto- o heteroagresiva” (Laplanche & Pontalis, 1996).

8.2.2 Cutting

“Lo más profundo del hombre es la piel”.

P. Valéry

En la presente investigación, la mencionada autoagresión (self injury), permite darle el sustento teórico desde la clínica psicodinámica en la tradición relacional, al fenómeno del cutting, el cual siendo considerado autolesión, se puede ubicar en la clasificación del DSM V sección III dentro del apartado de autolesiones no suicidas, como el trastorno NSSI.

la característica esencial de la auto lesión no suicida es que el individuo se infringe lesiones superficiales, aunque **dolorosas**¹ en la superficie de su propio cuerpo de manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autoreproche, o resolver una dificultad interpersonal. La agresión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. (DSM V, 2014, p.804).

¹ Énfasis de las autoras.

Con base en la anterior definición, en la cual está enmarcado el cutting, para la presente investigación, para el diagnóstico, se tomarán los criterios propuestos por el DSM V, dado que los casos clínicos seleccionados, cumplen con los siguientes criterios:

G. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionalmente lesiones en la superficie corporal de tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión, solo conllevará un daño físico leve o moderado (**es decir, no hay intención suicida**).

H. El individuo realiza los comportamientos autolesivos, con una o más de las siguientes expectativas:

4. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo-
5. Para resolver una dificultad interpersonal.
6. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados, se experimentan durante o poco después de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

I. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

4. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
5. Un periodo de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.

6. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

J. El comportamiento no está asociado socialmente.

K. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

L. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento, no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno excoriación [dañarse la **piel**]). (p.803)

Es así como, en el presente estudio, el cutting es entendido como una autolesión, sin intento de suicidio, es una práctica de los adolescentes contemporáneos, que consiste en hacerse cortes superficiales, finos, delicados y esmeradamente diseñados, a repetición, agrediendo su cuerpo deliberadamente “con cualquier objeto cortopunzante”, Cuchillos, bisturís, tijeras, cuchillas de afeitar, entre otros (Rodriguez, 2016).

Manca (2011) afirma que las partes que usualmente son agredidas por los jóvenes son: brazos, piernas, tórax, además de otras zonas de la parte frontal del cuerpo, ya que son accesibles y fáciles de ocultar, en tanto este comportamiento tiene un carácter exclusivo de secreto, no buscan llamar la atención, sino el alivio de la tensión interna; siendo así, un medio para apropiarse de su cuerpo (este es mi cuerpo y hago con el lo que quiero). El objetivo de

este acto, no es el suicidio, ni obtener placer y mucho menos encajar en un grupo (Carvajal, Arancibia, Díaz, Mendoza & Salgueiro, 2015).

Algunas de las circunstancias desencadenantes del cutting son: problemas familiares, escolares, bullying, abuso sexual, duelos, separación de los padres, problemas económicos entre otros y los factores de riesgo asociados pueden ser: Problemas de autovaloración, dificultades en la representación de la imagen corporal devaluada o distorsionada, sentimientos de no aceptación por parte de los demás, escasas habilidades sociales y dificultades de adaptación (Omicrono, 2013).

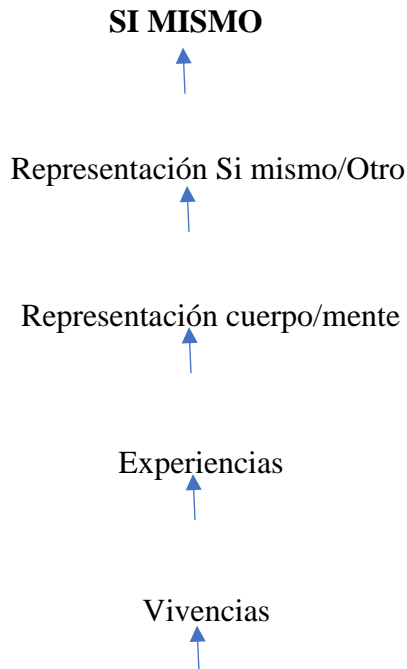
8.3 Cuerpo

Al final de la mente, el cuerpo,

Pero al final del cuerpo, la mente

Valery, P (citado en Morris, 1991).

El cuerpo se construye, según interpretación realizada por Schnitter (2017), basada en Spitz (2012), Mahler (1975) y Horner (1982), a través de una secuencia de procesos de representación de éste, que se van complejizando partiendo de: organismo, vivencias, experiencias, representación cuerpo/mente, representación sí mismo/otro, sí mismo. Conceptualización enmarcada en los postulados de la teoría psicodinámica en la tradición relacional.



ORGANISMO

Ilustración 2. SI MISMO

Interpretación y adaptación, Schnitter, 2017

La lógica de la construcción del mundo representacional implica que se nace como organismo, es decir, con un sustrato biológico predeterminado, para, en el contexto de relación, representarse, en otras palabras, para construir un cuerpo, o sea que el cuerpo (a diferencia del organismo) es psicológico, por tanto, el cuerpo es la mente, se construye a partir de las vivencias, que se convierten en experiencias, para luego ser representadas (Schnitter, 2015); a través de procesos como la cohesión, la integración, la diferenciación, asimilación, acomodación y generalización; siendo éstos los procesos de organización y estructuración psíquica (Horner , 1982).

La conformación del cuerpo deviene en un interjuego de vivencias, procesos, representaciones y relaciones, de tal manera que el bebé al nacer, cuenta con unos dispositivos

bilógicos y elementos motores y sensoriales rudimentarios, sobre los cuales se inscribirán los fundamentos del cuerpo.

Spitz (2012), expresa que el bebé al nacer no tiene imágenes del mundo ni estímulos sensoriales que le permita identificarlos como señales, si no que se irán reconociendo paulatinamente, a partir de **las vivencias** que se instaurarán como huellas mnémicas, proceso en que el bebé irá identificando gradualmente diferentes aspectos, estímulos internos, externos, afectos o imágenes. Dicho proceso, se inicia por un sistema de captación denominado **organización cenestésica** o percepción primordial (movimientos internos), de captación visceral con centro en el Sistema Nervioso Autónomo. Este tipo de organización es fundamentalmente de contacto, se manifiesta en forma de emociones, es decir propioceptivas e interoceptivas y es considerada el primer nivel de relación.

A este respecto, Piaget (1991) se refiere a este proceso como inteligencia sensorio motriz, sobre la que se tienen las **vivencias**. Por lo tanto, las señales táctiles (temperatura, equilibrio, contacto, tensión) y rítmicas (motrices y sonoras), se van organizando progresivamente mediante la **cohesión**, que es la que articula la experiencia dada por la repetición de las vivencias, que se convierten en patrones, lo que lleva a la formación de esquemas. Al mismo tiempo se van tejiendo experiencias de relación que Stern (1978) llamaría, la constelación maternal y Winnicott (1993), hablaría de “la preocupación maternal primaria”, que inicia en el embarazo, específicamente en los últimos meses y permite a las madres, ponerse en el lugar del bebé e identificarse con él (handling); “no hay tal cosa como un bebé”, por consiguiente, la madre es quien va al encuentro del bebé a satisfacer sus necesidades, a “tal fin, la madre utiliza sus propias experiencias como bebé (Winnicott, 1993, p. 111)”. Durante esta experiencia, la madre reeditará aspectos de la forma como ella fue cuidada y de como tramitó su propio proceso de separación-individuación, en otras palabras,

Las madres que espontáneamente proporcionan un cuidado suficientemente bueno, pueden mejorarlo si ellas mismas son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea (Winnicott, 1993, p. 63)

Es así como la constelación maternal y la preocupación maternal primaria son la cuna del bebé, porque el niño tiene que estar contenido en una cuna, las vivencias que tiene un niño, están en un contexto relacional, determinado por el tono afectivo y con la comunicación primordial, compuesta de tonos y ritmos; siendo el contacto **piel a piel**, entre madre y bebé, como el niño percibe estas señales táctiles y rítmicas; las cuales se transfieren en el contacto corporal y en los tonos de voz que son recibidos por el niño, como signos de afectividad o rechazo. Es decir, como señales de tono afectivo inmersas en el clima afectivo. Por consiguiente, el dialogo continuo entre bebé y madre, de acción y respuesta, movido por lo afectivo, posibilita el tejido en el que se desarrollan las estructuras intrapsíquicas y las relaciones de objeto, de tal manera que, el aspecto más importante de la relación madre-hijo, es el clima afectivo (Spitz, 2012). Así como también, son relevantes las experiencias de fondo, las cuales son descritas como aquellos momentos en los que el bebé, después de estar satisfecho, atendido, limpio, organizado

y además tiene,

a todo el mundo alrededor, pero no hay nadie en relación directa con él, pero él está experienciando, porque además cada vez va explorando su mundo y conociendo su entorno (Pine como se cita en Schnitter, 2017).

Este sistema de captación cenestésico, se presenta según Spitz (2012), en la etapa sin objeto (**anobjetal**), en la que, en el bebé, no existe la relación de objeto, ni el objeto; y donde,

No hay una consciencia del que cuida, él lo tiene que crear, entonces tenemos la vivencia que se vuelve experiencia y el próximo nivel es la percepción propiamente dicha, la percepción que realmente es apercepción, sobre la experiencia se funda la percepción, la cenestesia nos posibilita las vivencias, las vivencias posibilitan las experiencias y las experiencias posibilitan

la percepción, que es aperccepción, porque es una masa completamente subjetiva. (Schnitter, 2017).

En esta línea de argumentación, se puede decir que, la etapa anobjetal, corresponde a la fase del desarrollo propuesta por Mahler (1975), **Autismo Normal**. (Desde el nacimiento hasta el primer mes de vida).

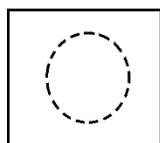


Ilustración 3. Autismo normal

Fuente: Horner 1982 (adapt. Schnitter 2001)

“Todavía no hay un imago (Imagen interna)”. (Schnitter, 2016).

En esta fase no hay consciencia de un agente maternante, ni de que la satisfacción de las necesidades proviene del exterior, en esta fase solo se puede hablar de aparatos primitivos y no integrados del yo. En este período prevalecen los procesos fisiológicos más que los psicológicos, es decir,

El infante parece hallarse en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, en la cual la satisfacción de necesidades parece pertenecer a su propia órbita “incondicionada”, omnipotente y autística (p.54).

De tal manera que la **tarea** fundamental en esta etapa es el equilibrio homeostático del organismo, una vez fuera del útero, mediante dispositivos somatopsíquicos (Mahler, 1975), en tanto que el bebé, al principio de la vida extrauterina, la vive desorganizada, caótica, y no diferencia afectos, emociones, instintos, experiencias cenestésico-viscerales y su motricidad es incipiente.

El período entre el segundo mes y finales de la Simbiosis, corresponde a la etapa **preobjetal o sin objeto**, propuesta por Spitz (2012), quien expresa que el bebé mostrará cierto grado de predilección por el rostro humano y responderá con una sonrisa ante éste, la cual es

la primera manifestación de comportamiento intencional, además de que indica, el paso de la captación exclusiva de estímulos internos hacia la percepción de estímulos ambientales.

La continuidad del desarrollo del bebé y el paso de una fase a la otra, se da a través de la tendencia **al apego**, la **función sintética** y la **función maternante**. Estos tres procesos, permean la conformación de la organización psíquica, posibilitan el nacimiento psicológico y el proceso de separación individuación, hasta llegar al logro de la identidad y la constancia objetual (Horner, 1982).

Para los fines de este argumento, **la tendencia al apego**, se entiende como la “conducta dirigida a buscar y mantener la proximidad con otro individuo” (Bowlby, 2014, p. 269), y es la que permite al bebé tener sus primeras experiencias de relación y conlleva a la construcción del apego y posteriormente al **vínculo**. En este proceso, participa activamente la cohesión, la cual emerge a partir de,

todos los elementos del cuidado, de los cuidadores, el contexto del cuidado, el tiempo, la estabilidad, esos son los procesos del apego, en ese primer momento, todo tiene que trabajar dentro de la lógica del apego, para poder construir un vínculo afectivo (Schnitter, 2016).

En cuanto a lo expuesto, se resalta el hecho de que un adecuado desarrollo de la cohesión, posibilita la emergencia de dos grandes patrones, experiencias malas y experiencias buenas, las que surgen como vivencias que el bebé ira experimentando, como placenteras/positivas o displacenteras/negativas, aún no integradas (Horner, 1982).

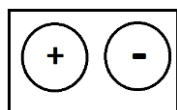


Ilustración 4. Buenas y malas experiencias

Fuente: Blanck & Blanck (1974) (adapt. Schnitter 2001)

Dichas experiencias buenas y malas, son argumentadas desde la clínica psicodinámica en la tradición relacional, según Schnitter (2016) en términos de la presencia del objeto, de la

capacidad de ser presente, consistente, predecible y confiable. Entonces, lo positivo se entiende como,

aquello que el niño reconoce y tiene para sí, lo calmante, lo agradable, donde se siente seguro, básicamente en el lenguaje de las relaciones objetales es donde hay apego y no solamente hay apego, sino donde hay vínculo; donde hay confianza básica, donde hay la capacidad de predecir al otro.

Lo negativo se refiere, a la ausencia del objeto o al malestar en la relación con el objeto que el niño no reconoce como la buena relación o la relación de apego, de sostenimiento. (Schnitter, 2016).

Por su parte, **la función sintética**, se concibe según Spitz citado en Horner, (1982), como una predisposición integrativa, es decir, una fuerza gradualmente creciente, que parte de lo orgánico a la psicología, en la vía del desarrollo, por lo tanto, es la tendencia innata del organismo, para asimilar, organizar e integrar sus experiencias desde el principio y se despliega alternamente con **la función maternante o maternaje**, lo que se define como el cuidado emocional, psíquico y físico, que prodiga la madre al bebé y a través del cual, ésta aprovisiona y cubre en su totalidad las necesidades fisiológicas y emocionales de éste al nacer y conllevan a la formación de las bases de los patrones Si mismo y Objeto, por tanto, una adecuada experiencia de apego y del maternaje, conlleva a un desarrollo positivo del mundo objetal.

De tal manera que, dependiendo de la calidad de los cuidados que reciba el bebé (afecto, protección, sostenimiento, holding, handling, entre otros), es que, *“éste logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un yo sano”* (Bleichmar & Leiberman, 1997, p. 264).

Por consiguiente, las respuestas de la madre y la forma como asume el maternaje, en términos de Winnicott (1993), **la madre suficientemente buena**, capaz de identificarse con las

necesidades del bebé, le permite reducir las tensiones como el hambre, el frío, el sueño, entre otras), por tanto, en esta etapa es fundamental la selección recíproca de señales entre el niño y la madre, donde la madre interpreta y responde discriminadamente a estas señales (Malher, 1975), logrando con ello, ser un yo auxiliar (Hartmann, 1987), para el yo frágil del bebé, además de que se convierte en un puente con el mundo externo y posibilita al bebé salir de la tendencia innata a volver a lo vegetativo y fomenta la consciencia sensorial, lo que a su vez, favorece el paso del estado de no integración, al de integración psíquica y a la conformación del Self verdadero (Winnicott, 1993).

En función de todo lo expuesto, se puede decir que, dependiendo del proceso de la búsqueda de apego, que se determina en los primeros meses de vida, en la interacción con la calidad del cuidado materno, es que se facilita la entrada a la fase de la **Simbiosis Normal** (Mahler, 1975) y es donde se originan las bases de una relación afectiva, en palabras de Erickson citado en Horner (1982), la **confianza Básica**.

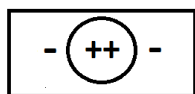


Ilustración 5. Simbiosis normal

Fuente: Blanck & Blanck, 1974 (adapt. Schnitter 2001)

En la **Simbiosis Normal** (desde el primer mes hasta el quinto mes de vida), el infante se comporta como si él y su madre fueran uno solo, ser uno con otro, por lo tanto, la primera representación del **cuerpo** es la matriz simbiótica y será el cimiento de las relaciones posteriores (Schnitter, 2015). La tarea psicológica principal del bebé en esta fase, es la catexia de la madre, hay que tener en cuenta que Mahler habla de pulsión libidinal, por eso la pulsión en este caso, está al servicio de que el bebé catexie ese objeto que lo sostiene, el que lo nutre, el

que le habla, el que lo mira; el cual, a su vez, debe ser consistente (Mahler citada por Schnitter, 2015). A esta instancia del proceso, el discernimiento, entre lo interno y externo es impreciso y la madre, a pesar de ser el objeto mayormente catexiado es un objeto parcial.

Si la tramitación de la Simbiosis es adecuada, la cohesión da lugar al aumento de la percepción de lo externo y hay una oscura consciencia del objeto maternante; así como el origen de los dos grandes patrones, de experiencias buenas y experiencias malas, no integradas en una representación total; los que a su vez, fundamentan los patrones primordiales de la identidad: el objeto y el sí mismo, pero todavía son imágenes escindidas, no integradas en una representación total del Sí mismo y el Objeto (Horner, 1998).

Las fases de Autismo y Simbiosis normal, descritas hasta el momento, son consideradas por Mahler (1975), como condicionantes del proceso de **separación - individuación**, el cual implica dos líneas o “carriles evolutivos”, que se encuentran conectados y relacionados entre sí, pero avanzan en forma desigual. La individuación implica el progreso de la autonomía intrapsíquica, la memoria, la percepción, la prueba de realidad y la cognición. De otro lado, se encuentra la separación, que es el camino que promueve el distanciamiento entre la representación psíquica del Objeto y del Sí mismo.

En la medida en que se desarrolla la Simbiosis, es la madre quien ayuda al bebé a tramitar el proceso de separación de separación/individuación, que va desde el quinto mes hasta el tercer año de vida y se subdivide en cuatro subfases. La primera corresponde a la **Diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal** (Mahler, 1975). La madre funciona como un referente y a la vez, direcciona el proceso de individuación del bebé y es ésta la que le ayudará a salir del ámbito simbiótico y romper el cascarón, lo que implica, el paso del bebé de lo sensorial o de lo interno (cenestesia), hacia lo externo, a través de la percepción, en palabras de Spitz (2012), organización diacrítica; para así, desencadenar en una mayor actitud

de alerta. Esto es posible, solo si la madre respeta el ritmo y recursos propios del niño, es decir, sin presionarlo. Todo lo anterior, es lo que le permitirá al bebé, aprovisionarse para separar y diferenciar las representaciones del sí mismo de la unidad simbiótica Sí mismo-Objeto (Horner, 1998).

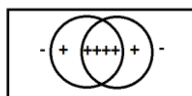


Ilustración 6. Subfase de Diferenciación

Fuente: Blanck & Blanck, 1974 (adapt. Schnitter 2001)

La fase de la diferenciación es una fase de construcción sobre la base del cuerpo del otro, de un mapa básico, de lo que es la representación del sí mismo, el cuerpo y la imagen del otro, que empiezan a diferenciarse, las experiencias positivas van, por un lado, las negativas por el otro, estas son las que yo no puedo reconocer, no puedo tolerar, hasta el acercamiento, no se van a introducir, cuando se empiezan a integrar (Schnitter, 2016).

Esta subfase es enmarcada por Mahler (1975), en el apogeo de la simbiosis, entre los 4 o 5 meses; momento en el que el bebé empieza a mostrar indicios de diferenciación entre su **cuerpo** y el de la madre, a partir del apogeo táctil y visual con las pautas de verificación, donde el bebé se dispone a comparar a la madre con otros e inicia el reconocimiento de lo que es y lo que no es de la madre. Esto le permite alrededor de los siete meses, “el comienzo de la **diferenciación somatopsíquica**” (p. 69). Es en esta etapa, donde ocurre el **nacimiento psicológico**, proporcionado por el inicio del proceso que lleva al reconocimiento del sí mismo, a partir del reconocimiento que realiza del objeto como separado de él, es decir el proceso de separación/individuación.

De tal forma que, en este momento se pueden identificar dos grandes patrones: representaciones parciales buenas y representaciones parciales malas del objeto y representaciones parciales buenas y representaciones parciales malas del sí mismo.

En función de lo anteriormente expuesto, es en esta etapa donde se puede hablar, según Spitz (2012), del **Objeto libidinal propiamente dicho**, en la que el bebé puede tener acciones dirigidas e influir el medio. Además, se evidencia que el infante, reacciona con angustia ante los desconocidos (angustia del octavo mes), respuesta que indica el establecimiento del objeto libidinal, que diferenciará de otros, es decir, el infante reacciona ante el desconocido porque no es su madre.

En la lógica del desarrollo y centrada en la relación madre-hijo, y en la búsqueda de su diferenciación de la madre o individuación; es en este momento del proceso y en aras al alcance de su desarrollo psicomotriz, que el infante ingresa a la segunda subfase, denominada por Mahler (1975), **Ejercitación Locomotriz** (enmarcada alrededor de los 9 hasta los 17 meses), inicia con el gateo, el apuntalarse, el trepar, pero aún prendido de algo; hasta el caminar erguido y libre, con una actitud activa que le posibilita acercarse y alejarse de la madre, así como también, la exploración de su medio circundante. En este momento, el infante manifiesta una fascinación por su cuerpo, objetos, habilidades motoras y entorno; lo que Mahler define como “el gran investimento narcisístico del niño” (Mahler, 1975, p. 84), lo que lleva al bebé a regocijarse en su omnipotencia.

Debido a este investimento narcisístico, el bebé experimenta un hermetismo frente a los fracasos y conflictos que encuentra en su proceso de exploración del mundo. Tal hermetismo, le facilita una experiencia temporal para compensar las constantes amenazas de pérdida de objeto que irán desplegándose a lo largo de su proceso de separación-individuación (Mahler, 1975). En cuanto a las tareas del bebé en esta subfase, implican percibir y gozar de la madre desde mayor distancia y tener un reconocimiento más amplio del mundo.

En este momento del proceso, Mahler resalta la importancia de la madre, la que, a su vez, es imprescindible, como “base de operaciones”, en tanto reabastece al bebé a través del

contacto físico. Además, se hace necesaria la confianza y seguridad que la madre transmite al bebé, lo cual redundará, en su propia seguridad y también es,

El aliento inicial que lo impulsa a intercambiar parte de su omnipotencia mágica por el placer la propia autonomía y de su creciente autoestima (Mahler, 1975, p. 88).

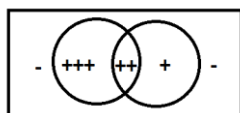


Ilustración 7. Subfase de Ejercitación

Fuente: Blanck & Blanck, 1974 (adapt. Schnitter 2001)

Hasta este momento del desarrollo, las representaciones parciales buenas del Sí mismo y las representaciones parciales buenas del Objeto, se encuentran poco diferenciadas, con prevalencia de cargas positivas en el Sí mismo, dado por el revestimiento narcisístico. Las representaciones parciales “malas” o negativas del Sí mismo y las representaciones parciales malas del Objeto, están por fuera de la matriz simbiótica, son vivenciadas de forma ambivalente, es decir no integradas. (Mahler, 1975)

Siguiendo la lógica descriptiva de las fases del desarrollo, propuestas por Mahler (1975), es alrededor de los 18 meses de edad, que el deambulante da muestras de un sentimiento que va desde la omnipotencia a la indefensión e introduce la tercera subfase, **Acercamiento** (desde los diecisiete a los veinticuatro meses de edad), nombrada por Blanck & Blanck (como se cita en Horner, 1982) como el eje que articula el desarrollo.

En esta subfase, hay mayor consciencia de la separación con la madre, es decir, se debilita la omnipotencia del infante, dejándolo vulnerable a la vergüenza y a la culpa. Cabe mencionar, que en la subfase anterior (ejercitación), era predominante el desinterés por la presencia de la madre, y en el acercamiento, cambia radicalmente este comportamiento; en tanto que el infante, manifiesta un marcado interés por saber dónde se encuentra la madre

(pauta de seguimiento), para aproximarse hacia ésta, lo que es directamente proporcional, es decir, a mayor consciencia de separación, mayor necesidad de la madre y se muestra,

“un deseo de que la madre comparta con él todas sus nuevas habilidades y experiencias, así como una gran necesidad de amor objetal (Mahler, 1975, p. 91).

Otra característica del deambulador, es la pauta de “huida” de la madre, que implica a su vez, el deseo de ser seguido por ésta, pero al mismo tiempo, siente temor de que lo “reengolfe”, es decir, que no le permita la individuación.

Los logros que se dan en este momento del desarrollo, corresponden según Piaget, citado en Horner (1982), al éxito cognitivo y perceptual de la permanencia de objeto. Es decir, que la inteligencia sensoriomotriz inicia su desplegamiento hacia la inteligencia representacional y es el comienzo de la internalización por medio de las identificaciones del Yo (Horner, 1982). Por consiguiente, es importante resaltar, que el infante requiere por parte de la madre, una incondicional accesibilidad emocional, que le posibilite la consolidación de su Yo autónomo y le permita mayor desplegamiento de sus funciones de pensamiento, prueba de realidad, imitación e intentos de identificación. Todo esto ocurre, en paralelo al debilitamiento de su “omnipotencia mágica (Mahler, 1975)”.

Dicha disposición de la madre, es determinante en el proceso representacional del infante, en tanto le permite de forma paulatina, integrar las representaciones parciales del Sí mismo y las representaciones parciales del Objeto (ambivalencia), en una sola imagen diferenciada, integrada y cohesionada, intrapsíquicamente (Mahler, 1975). En este punto del desarrollo,

priman las vivencias positivas sobre las negativas para que se pueda integrar y quedan en la mitad las cargas positivas, en la intersección, porque ahí es donde va a declinar la simbiosis, entonces el reacercamiento implica que se devuelve, no es que se devuelva, ahora está más

apegado súbitamente, por un tiempo, para asegurarse de que si es así y para confiadamente reafirmar la presencia del objeto (Schnitter, 2016)

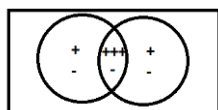


Ilustración 8. Subfase de Reacercamiento

Fuente: Blanck & Blanck, (1974) (adapt. Schnitter 2001)

Por consiguiente, los logros fundamentales de esta fase son: la distancia óptima con la madre y la ampliación del rango afectivo. También se resalta su afán por **la defensa de su autonomía “con el “No”, y con el aumento de la agresión y el negativismo de la fase anal”** (Mahler, 1975, p. 92). **Condiciones éstas, que promueven el proceso de separación - individuación.**

En función de la argumentación hasta aquí expuestas y siguiendo en la línea explicativa del desarrollo, según Mahler (1975), la cuarta subfase (desde los veinticinco meses hasta los treinta y seis meses de edad), es **la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.**

La instauración de la constancia objetal afectiva (emocional), según Hartmann (como se cita en Mahler, 1975), está sujeta a la internalización progresiva de la imagen de la madre catexiada de forma positiva. Dicha imagen es la que hace posible que el infante soporte las ausencias de ésta y al mismo tiempo, pueda funcionar separado de la misma. Por lo tanto, esto es probable, si la madre tolera la ambivalencia del niño, lo cual, a su vez, le ayuda a éste a aceptar su propia ambivalencia (Horner, 1982).

En este momento del proceso, el niño tiene consciencia de si mismo, separado de otro, puede relacionarse con otras personas y además soportar la ambivalencia, es decir, se da la fusión de la representación de Objeto bueno y el objeto malo en una sola representación total

de **Objeto**; de igual forma, sucede con el Sí mismo, se da la fusión de la representación Si mismo bueno y el Si mismo malo, en una sola representación total: esto es el **Self**. Todo ello ocurre gracias a la integración, la cual, según Horner (1998) es la que posibilita la emergencia de un Si mismo diferenciado y complejo, erigiendo una identidad única y sustentando el despliegue de la individualidad.

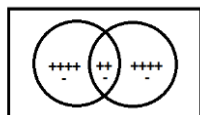


Ilustración 9. En camino a la constancia objetal

Fuente: Blanck & Blanck, 1974 (adapt. Schnitter 2001)

Al respecto y frente a este punto del desarrollo, Horner (1982), manifiesta que el infante puede hacerse cargo de su propio equilibrio narcisista, lo cual se da como consecuencia del “logro de la constancia del objeto libidinal”, es decir, que el infante logra internalizar los cuidados que vienen del exterior y de su ambiente cuidador, en otras palabras, es la “transmutación de las internalizaciones” (Tolpin como se cita en Horner, 1982, p.25), “de las funciones maternas dentro del Self” (Giovacchini como se cita en Horner, 1982, p. 25), lo que finalmente favorecerá su autonomía psíquica y además contribuirá al afianzamiento del proceso de separación – individuación.

En consideración de todo lo expuesto y en relación al proceso del desarrollo representacional y simbolización del **Cuerpo**; el cual, partiendo de sus inicios como organismo, al cuerpo –mente, si mismo /otro, **Si mismo**; se puede decir que, **la tramitación del proceso de simbolización del cuerpo en Si mismo, o representación intrapsíquica, se logra mediante el proceso relacional.**

En consonancia con el proceso planteado, se toma en consideración lo propuesto por Mahler (1975), quien hipotetiza que la suma de las imágenes de amor, las imágenes del yo corporal y posteriormente el yo psíquico, son el producto de las huellas mnémicas, referidas a los dos grandes patrones: las experiencias buenas y las experiencias malas, que según Horner (1982), parten de una relación que es real, pero paulatinamente se representa intrapsíquicamente (Horner, 1982).

En conclusión, retomando a Winnicott (1964), el desarrollo del infante desde sus inicios, incluye la consolidación de tres tareas fundamentales, integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo, y formación de relaciones objetales. Con ellas se corresponden, aproximadamente, las libres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos.

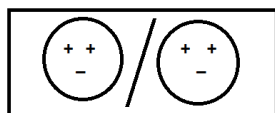


Ilustración 10. Identidad y constancia de Objeto

Fuente: (Interpretación y adapt. Schnitter, 2001)

En función de lo expuesto sobre la teoría de Mahler y lo concerniente al nacimiento psicológico del ser humano y la primera individuación, “*que se consuma hacia el tercer año de vida con el logro de la constancia del Self y del objeto*” (Blos, 1981, p. 118), la cual está determinada por los procesos de apego y separación/individuación y la forma como fueron tramitados dichos procesos preedípicos; se da paso a lo tríadico y se establece la entrada a lo edípico, donde hay una estructura destacada del Yo. Además, se evidencian exigencias del superyó, a través de la internalización de las normas, la ley, las prohibiciones y la autoridad de

los padres (Mahler, 1975). Todo ello, indica el establecimiento de los precursores del superyó. Es aquí donde surge la ansiedad al superyó.

El proceso anteriormente descrito es lo que se conoce en el contexto de la clínica psicodinámica en la tradición relacional, como **el tercero excluido**, proceso en el cual el niño pasa de la relación diádica con la madre, a la tríadica, ya que adquiere comprensión de la presencia y figura paternante, por lo tanto, entra el padre, esto es lo que da lugar a las relaciones tríadicas; lo que promueve su lugar y representación psíquica. Fairbairn, citado en Guntrip (1961), manifiesta que el niño percibe la presencia del padre, el cual se transforma en un Objeto significativo que suscita movimientos en la relación con el objeto primario de amor, y lo lleva a experimentar ambivalencias y ansiedades nuevas, originando otro tipo de relación con el objeto primario (madre). Por lo tanto, se establece una relación tríadica a la cual debe adaptarse y darle un significado afectivo al padre; escindiendo dicha figura en Objeto bueno y en Objeto malo, igual que lo hizo con la madre. Tal escisión del objeto paterno, posibilitará el afrontamiento de las ansiedades tríadicas.

De tal manera que dicho movimiento de lo diádico a lo tríadico *“es promovido por el desarrollo y el mundo o los padres o los cuidadores en el mundo e implica pasar por 4 momentos”* (Schnitter, 2015). Gráficamente se puede observar el paso de lo diádico a lo tríadico; así como la ubicación del lugar en el mundo representacional.

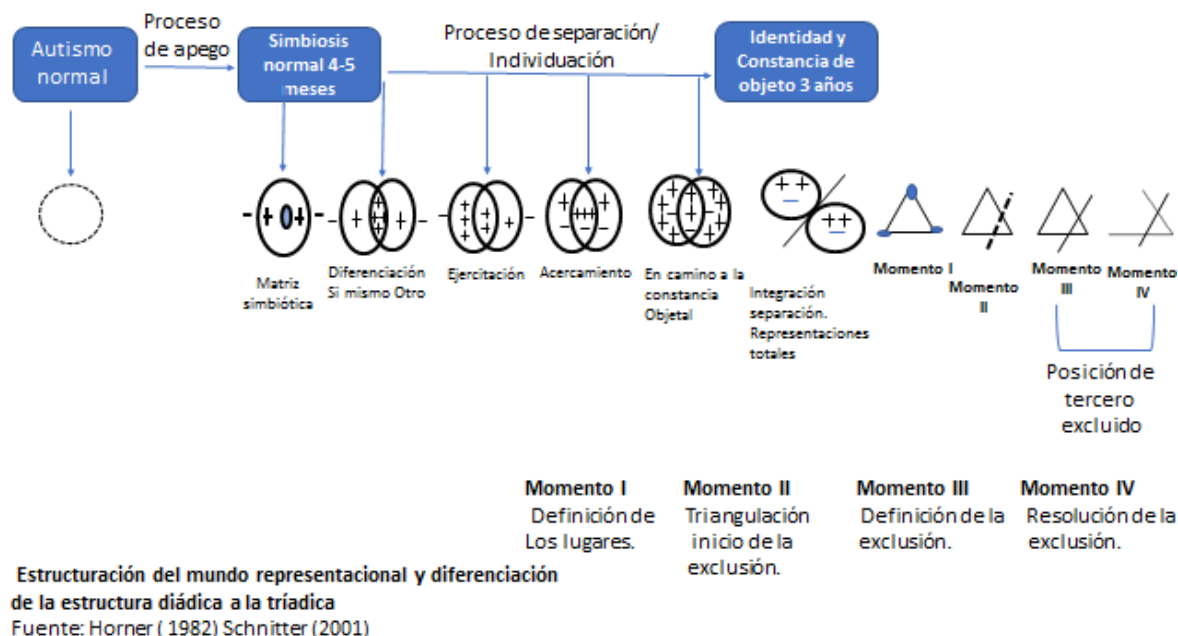


Ilustración 11. Estructuración del mundo representacional y diferenciación de la estructura diádica a la tríadica

El primer momento, es la definición de los lugares de referencia con relación a las figuras parentales (1: padre, 2: madre, 3: hijo-a). **El segundo momento**, concierne al comienzo de la exclusión y se evidencia la verticalidad en el genograma, es decir que los padres no son pares de los hijos y las funciones y roles, están definidos. **El tercer momento**, es el inicio de la exclusión propiamente dicha, la relación vertical está definida, así como el lugar propio, que se evidencia separado y diferenciado; entonces, queda establecida la posición del tercero excluido de lo diádico. **El cuarto momento**, es la resolución del tercero excluido propiamente dicho, que señala la consolidación del mundo Objetal, donde se refuerza y se afianza la identidad, la cual permite tener una posición con relación a los padres. Es decir, es la edificación del propio lugar y del valor en el mundo. A partir de esto, se da la continuidad del proceso de individuación para toda la vida.

De tal manera que a los tres años se define lo triádico (1: padre, 2: madre, 3: hijo o sujeto), es decir, la definición de los lugares y sus referentes; referente 1: padre, referente 2:

madre, referente 3: hijo (sujeto), todo este proceso sucede alrededor de los 3 hasta los 10 años aproximadamente.

Se alcanzan las relaciones triádicas y tiene lugar en el mundo, está definido y está asumido [...] Esta es la segunda parte de la infancia, (adolescencia), pero ya el período de ésta, es mucho más largo, porque consiste en la estructuración y consolidación de la adultez... y hay personas que no alcanzan el cuarto momento. (Schnitter, 2017).

*En tus ojos nazco, -tus ojos me crean,
vivo yo en tus ojos -el sol de mi esfera,
en tus ojos muero, -mi casa y vereda,
tus ojos mi tumba, -tus ojos mi tierra.*

(Unamuno, n.d.)

8.4 Adolescencia

Para continuar en esta línea de argumentación, es entre el tercero y cuarto momento de la estructuración del mundo representacional, que se ubica la **adolescencia**, la cual es considerada como un período de transición, es un continuo, que implica soltar signos y características propias de la infancia y es considerada por Blos (1981) como el segundo proceso de individuación. Quien plantea la analogía de que la primera individuación implica romper el cascarón simbiótico hasta llegar al logro de la identidad y la constancia objetal; y la adolescencia, como segunda individuación, que incluye “aflojar” los vínculos objetales infantiles para pasar a la adultez y llegar a la consolidación del Si mismo adulto.

En cuanto a la primera y la segunda individuación Blos (1981) afirma que,

Ambos períodos comparten la mayor vulnerabilidad de la organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes con el impulso madurativo (...). Cualquiera de ellos que se malogre da lugar a una determinada anomalía en el desarrollo (psicopatología) que corporiza, los respectivos fracasos en la individuación (p. 118-119).

En la adolescencia se manifiestan vestigios de la tramitación del primer proceso de individuación, específicamente en la tercera subfase (acercamiento). De tal modo, que la forma como el adolescente tramite las siguientes tareas evolutivas, está sujeta a los remanentes inconscientes de etapas anteriores (Horner, 1998).

8.4.1 Segunda individuación.

Blos (1981) considera que el proceso de la primera individuación, es acorde a la singularidad de la tramitación de las relaciones objetales interiorizadas, a través de la autorepresentación. Y en cuanto a la segunda individuación (adolescencia), propone su análisis a partir de lo que él llama “las fases adolescentes” cada una con características, logros madurativos y avatares propios.

Es así como, en esta línea de análisis se considera en primera instancia a la prepubertad en la que la regresión está puesta al servicio de la gratificación pulsional como fin. En segunda instancia, se encuentra la pubertad, donde el cuerpo es percibido como extraño y se intensifica el estrés, debido a la maduración puberal. Es la tramitación adecuada de esta etapa, la que determina **progresivamente** el paso a la adolescencia, previo al apropiado desarrollo del Yo; el cual debe estar lo suficientemente fortalecido para protegerlo de la desintegración en los movimientos **regresivos**, ya que el movimiento hacia otras etapas, no es lineal sino pendular. Es decir, la regresión en este caso, se pone al servicio del desarrollo e implica la capacidad para

moverse entre lo regresivo y lo progresivo, siendo ésta, una característica singular de la adolescencia. La adecuada tramitación de la pubertad, está condicionada a la autonomía y diferenciación logradas por el Yo en la latencia.

El progreso hacia la adolescencia depende de los logros del período de la latencia, en la que se da el paso del pensamiento primario al secundario, a través de la lógica, acompañada del juicio necesario para comprender y hacer parte de asuntos sociales (Blos, 1971). Este proceso está fundamentado en el adecuado desarrollo yoico, que determina la represión y sublimación en la latencia. Por lo tanto, el Yo no regresa al estado indiferenciado de las relaciones objetales, ya que ha logrado la diferenciación Sí mismo/Objeto, de tal forma que, “solo la capacidad para efectuar una regresión limitada y controlada puede favorecer el proceso adolescente” (Blos, 1970).

Esta segunda individuación (adolescente), implica aflojar los vínculos de dependencia parental, es decir, “aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global” (Blos, 1981, p. 119), o mundo adulto. Ello conlleva un primer momento, que es la desidealización de las figuras parentales, ya que hasta ese momento, el niño depende de los padres como una proyección de su propio yo, que le permite hacerse cargo de la angustia y regular su autoestima. Y un segundo momento, que lo lleva a lograr una individuación con respecto a su autonomía, es el rompimiento definitivo de la simbiosis. La segunda individuación (adolescente), es el resultado del desligamiento “emocional de los objetos infantiles”, que produce cambios estructurales, lo que a su vez, promueve el encuentro de otros objetos amorosos. “Estos cambios estructurales hacen que la constancia de la autoestima y del talante sea cada vez más independiente de las fuentes exteriores, o, en el mejor de los casos, más dependiente de fuentes exteriores que el propio sujeto escoge” (Blos, 1981, p. 119).

Bleichmar (1976) respecto al proceso adolescente, en cuanto al aflojamiento de los vínculos parentales, lo explica desde el lugar que juega la agresividad (contestatarios, hostiles, distantes de los padres, entre otros) concebida ésta, como un medio que les posibilita adquirir la autoafirmación y autonomía. Entendiéndose dicha agresividad puesta al servicio de la individuación.

En la adolescencia, hay una búsqueda de identidad (quién soy) Erickson(1974) la define como una ideología creada o recreada en relación a la institución social que plantea ciertas ideologías, convirtiéndose así, en la guardiana de la identidad. Además, implica dar cuenta del sentir, cómo se siente, cómo se percibe, quién es él para él mismo.

La consolidación de la identidad, se logra al alcanzar las operaciones formales, que es poderse poner en el lugar del otro, la dimensión de **yo soy otro como otro, pero distinto de otro**, que viene siendo la consolidación de la identidad. (Schnitter, 2015).

Piaget (1991), define las operaciones formales, como el momento del desarrollo en el cual, se adquiere el pensamiento abstracto o hipotético – deductivo, en el que los objetos ausentes son sustituidos por su representación y logran efectuar acciones mentales sobre éstos (proposiciones), a partir de la reflexión o pensamiento en segundo grado. Es la etapa, en la que hacen sus propias producciones filosóficas, políticas, etc. Unos las expresan y otros “Se limitan a rumiarlas de forma íntima y secreta (...). La libre actividad de la reflexión espontánea (Piaget, 1991, p. 83-86)”.

Al principio de la adolescencia (11-12 años) los chicos están en un nivel **preconvencional** del razonamiento moral, precisado por el interés individual (recompensa vs castigo). En la adolescencia media (15-16 años) el razonamiento moral está determinado por la elección de ciertos ideales y figuras idealizadas; así mismo surge el consentimiento de **convenciones** sociales (incorrecto – correcto) desde los otros, por conformidad. Más adelante

se interiorizan la obediencia y autoridad sociales; ya entre los 17 y 20 años, se da una mayor apropiación del valor de sí mismos y formulación de propósitos (Cierpka, 2017). Por lo tanto, en esta instancia del desarrollo, la identidad recoge las dimensiones de la internalización de la norma, o sea, la norma ya es mía y está en mí. Es decir, tiene que estar acompañada del desarrollo moral; esto es lo **Posconvencional**, es decir, lo que idealmente marcaría la adultez (Schnitter, 2017).

La búsqueda de la identidad, no es el único desafío que enfrenta el adolescente, ya que, todo lo vivido para lograr dicha identidad, implica no solo definirse, si no también, **la pérdida de los padres de la infancia**, ya que este momento del desarrollo confronta al adolescente con una serie de vicisitudes y avatares que implican pérdidas y duelos. Es difícil para ellos adherirse al objeto idealizado, porque ese objeto se les va. El objeto le permitió hacer un reconocimiento de sí mismo, (mismidad en tanto el otro). Su razón de ser ya no es el otro, si no lo que el otro le dio para ser él mismo, permitiéndole la individuación.

8.4.2 Duelos adolescentes.

En la adolescencia, el separarse de los padres es un proceso doloroso que implica duelos, que lo confrontan con un sentimiento de vacío y tristeza inherentes a todo luto. Y es ese estar de luto o en duelo, una de las tareas o logros de la adolescencia (Blos, 1971).

En esta línea explicativa, se encuentran los postulados de Aberastury & Knobel (1977) quienes hablan de tres duelos fundamentales. El primero, **el duelo por el cuerpo infantil perdido**, en el que se imponen cambios corporales, que son vividos desde una óptica observante, externa y con extrañeza. El segundo, **el duelo por el rol y la identidad infantiles**, que implica aceptar obligaciones y dejar la dependencia parental y un tercer duelo “**el duelo**

por los padres de la infancia” a los que siguen buscando para ser protegidos, pero son los padres quienes a partir de su auto reconocimiento del crecer o envejecimiento y de la aceptación de que sus hijos ya no son niños, quienes contribuyen a la elaboración de este duelo. Cabe mencionar que a partir de la adolescencia de los hijos, se reactualiza la adolescencia de los padres, de tal manera, que la forma como ellos hayan tramitado su propia adolescencia, determinará la adolescencia de su hijos. El chico trasega evolutivamente estas fases con sus respectivas vicisitudes y duelos, todo ello co ayudado por los padres y la interacción con su medio.

En esta línea de argumentación y retomando la forma como cada adolescente vive este momento del desarrollo, cabe resaltar, que su tramitación está determinada por múltiples variables, todas ellas con asidero en lo relacional (afectivo) es decir, depende de, en qué clase de cuna se gestaron, cuidaron y promovieron ciertos lazos afectivos con los padres o cuidadores primarios. Esto es lo que determina la forma como se gestiona cada una de las etapas del desarrollo y en especial la adolescencia, etapa relevante en esta investigación.

8.4.3 Aspectos relacionales del cutting.

La transición hacia la adultez está condicionada al tipo de vínculos establecidos, es decir, los chicos que ingresan a la adolescencia con una “organización sana de la personalidad” les será más fácil tramitar las vicisitudes de dicha etapa, así también la calidad del apego o relación, con los padres o cuidadores primarios, será un componente esencial de “una organización psicológica sana en la adolescencia” y en adelante. Es decir, si el apego a uno de los padres es básicamente seguro; se generan herramientas necesarias para la individuación y se promueve el debilitamiento de los lazos parentales. En caso contrario, si esta cuna y el apego es

vivido como desorganizado, poco confiable o inseguro; la vivencia y tramitación de la adolescencia mostrará la inadecuación con ese vínculo de apego (Doctors, 2013) y su transitar por dicha etapa, develará mayores dificultades.

De tal manera, se hace necesario analizar las condiciones y cualidades de los cuidadores primarios (madre, padre, etc.) en tanto, su consistencia, predictibilidad y constancia (funciones maternantes, holding “**estar en brazos**”, handling “**estar sostenido junto con**” y presentación de los objetos) contribuyen a la madurez y al desarrollo emocional del sujeto. Al principio del desarrollo el bebé está fusionado ilusoriamente con la madre y gradualmente procederá a la representación psíquica de su propio cuerpo o Si mismo (Winnicott, 1993). Es por todo esto, que se hace necesario enfatizar en aspectos significativos, aparentemente sutiles, pero relevantes en esta construcción relacional, es así como,

“La mirada atenta de la madre, las emociones de su rostro reflejando los estados del niño, los cuidados corporales acompañados de canturreos y palabras significativas, el contacto con su pecho en la mamada: todo ello envuelve y protege la naciente vida psíquica del infante, confiriendo un marco de seguridad a la experiencia de percibir la **piel** como superficie y como límite”. (Sammartino, 2006).

8.4.4 La piel.

Para Winnicott (1993) el desarrollo del sí mismo, depende de experiencias físicas (cuidados, amamantamiento, abrazos, juegos, entre otras), a través de las cuales se integran cuerpo (psique-soma). El estar en brazos y estar sostenido en armónica empatía por parte de la madre, permite establecer los límites entre el propio cuerpo y el cuerpo de la madre. Las caricias de la madre y el contacto con su cuerpo son la primera **piel**, por lo tanto, la primera piel del niño es la madre **piel**, “es ella quien ofrece el contacto de sus manos y su pecho a la

vez que asiste al pequeño actuando como para-excitación auxiliar (Freud, 1895), hasta que el Yo naciente pueda tejer su propia **piel**” (Sammartino, 2006).

Winnicott (como se cita en Döll & Galvez, 2013) fue uno de los autores que se interesó por determinar la importancia psíquica de lo táctil, el contacto y lo corporal y su injerencia en el desarrollo humano. En este análisis se llega a la **piel** como órgano y móvil relevante del contacto relacional. El término **psique soma** propuesto por Winnicott, es análogo al concepto “Yo **piel**” propuesto por Anzieu (como se cita en Manca, 2011), que define como un momento del desarrollo previo a las palabras, es decir, un Yo que incluye elementos psíquicos que se originan en las experiencias corporales, de modo que la primera realidad consciente es la dimensión de la corporalidad. Entonces, las primeras huellas mnémicas del psiquismo se encuentran en lo sensorial (Yo corporal) sobre el cual se representa el Yo psíquico y el Sí mismo. Es decir, el Yo tiene un origen propioceptivo y epidérmico (**Piel**), que es producto del contacto y relación entre dos cuerpos.

Las funciones del Psique-Soma o Yo **piel**, tienen que ver en primera instancia con la contención, a manera de saco, que guarda en su **interior**, los aspectos positivos concernientes al cuidado; opera además como (interfaz) o capa que separa y marca el límite con el **exterior**, protegiendo así de la agresión del afuera; también es un medio de comunicación primordial con los cuidadores con quienes se establecieron vínculos, convirtiéndose así, en el lienzo o papel en el que se inscribieron las huellas de las experiencias propiciadas por estas relaciones. Por lo tanto, “el cuerpo, y sobre todo su superficie, es el lugar donde pueden producirse contemporáneamente percepciones **externas e internas**” (Freud, como se cita en Manca 2011). De tal manera que el Yo **piel**, es un “envoltorio psíquico, un contenedor **somato-psíquico** de lo que el niño pudo experimentar en el contacto con la madre” (Manca, 2011, p. 83).

Los actos maternantes del cuidado (amamantar, hablar, abrazar, sostener, etc) se convierten en los determinantes para favorecer la introyección del objeto externo maternante, lo que a su vez, permite el proceso interno de contención (introyección de la contención), y apropiación del Sí mismo. Es decir, si el bebé es contenido, él puede contener lo interno, reconocerse, diferenciarse y hacerse cargo del concepto **interno y externo**. Lo que significa la diferenciación entre el **Sí mismo y el Objeto**. Sin embargo, si el bebé no es estimulado, contenido, estar sostenido junto con, no podrá percatarse y representar “la sensación de ser una única entidad protegida y contenida por la **piel**” (Manca, 2011, p.84). Por lo tanto, no se podría establecer la diferenciación y la individuación entre el Si mismo y el Objeto, adentro y afuera. De tal manera que “el acto de autolastimarse intervendría en la resolución de estos conflictos, mediante el uso primitivo del cuerpo” (Gaddini como se cita en Manca, 2011, p 84).

8.5 Autolesión (Cutting)

En esta línea de argumentación, la autolesión (**Cutting**), tiene como propósito demarcar los límites del cuerpo para diferenciar Si mismo de Objeto. De tal manera que el cortar la **piel** posibilita recordar una experiencia guardada en las huellas mnémicas (Psique-soma), lo sensorial y lo táctil, lo que a su vez genera satisfacción y alivio. Por lo tanto, la autolesión es un intento de reconstruir esa fragmentada, no simbolizada y no representada imagen de Si mismo (Manca, 2011). Entonces, cuando el niño puede establecer la diferenciación y tramitarla, no tiene que recurrir a la cortada (**Cutting**) (Schnitter, 2017).

De tal manera que ser contenido y estar sostenido junto con la madre o cuidador primario y la forma como haya sido este proceso, condiciona las huellas somáticas entrelazadas con el afecto, que permanecerán a lo largo de la vida. Se acuna, se carga, se alimenta, se limpia, se

acaricia, entre otros, con los **brazos**. Los cuales, a su vez, encarnan la función del maternaje y permiten la apropiación y tramitación del proceso de individuación. Por otra parte, cuando los **brazos** de la madre no sostuvieron, no cuidaron, no acunaron adecuadamente al niño; dichos **brazos** quedan atrapados en el recuerdo psique-soma, de una manera adversa y hostil; porque además, no posibilitaron que se estableciera el propio límite. El autolesionador, busca sentir el propio límite por medio del auto ataque (cortarse) habitualmente en los **brazos**, los que se asocian a los **brazos** de la madre (Manca, 2011). Por consiguiente, el órgano elegido es la **piel** en toda su extensión, que opera como superficie del psique-soma, por excelencia se cortan la **piel** de los brazos, pero también eligen las piernas y el abdomen (Manca, 2011; Puerta & Lozano, 2013; Rodriguez, 2016.), zonas de fácil acceso y de ser escondidas bajo la ropa.

Es así como, esta autolesión o herida física en la **piel** de los **brazos** y otras partes del cuerpo, genera la aparición y salida de la sangre y es el observar dicha **sangre**, lo que se convierte en una forma de confrontación, que les permite recuperar el sentido de si mismos (Acero, 2015). Entonces, esta **sangre** vertida por las heridas es una declaración de estar vivo, es decir, redime su propia existencia (Manca, 2011). Por lo tanto, el cuerpo, sus heridas y cicatrices sirven para unir el mundo interior con el exterior” (Acero, 2015).

En función de lo expuesto y retomando la adolescencia, como momento evolutivo de estudio de esta investigación, el **dolor** en la autolesión, para algunos adolescentes, es considerado como una forma de expresión de las aflicciones del pasado, manifestado a través de la reiteración de las lesiones, causadas por una situación traumática inicial (Acero, 2015). El adolescente para controlar y apropiarse de su cuerpo, arremete contra éste por medio de la autolesión, la cual se convierte en una estrategia compensatoria para que ese **dolor** emocional, interno y silenciado, pueda tener una ruta de escape, de alivio y consuelo (Manca, 2011). Así como también para enfrentar las vicisitudes, enigmas y avatares propios de la adolescencia.

Cortarse la **piel (cutting)**, es el medio a través del cual se pueden establecer límites y separación entre el individuo y los demás, posibilitándoles reafirmar su identidad física y su autonomía (Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013). Es decir, la autolesión le permitirá, estructurar a su antojo, los límites entre si mismo y el entorno (Manca, 2011).

Los cortes (**Cutting**) en el adolescente les permiten modificar el nivel del dolor, pasándolo de lo psíquico a lo corporal (**Disociación**), enfrentando de esta forma, un dolor visibilizado, con el fin de encontrar alivio a sus preocupaciones y conflictos emocionales, cumpliendo así diversas funciones: pacificación de estados de angustia, Intento de separación y/o diferenciación, mensaje dirigido al otro a través de un acting out. Todo ello como una forma de apropiación del cuerpo (Angel, 2014). De tal manera que el dolor emocional puede suscitar la autolesión con el propósito “de reconectarse con el sentido de mismidad y propiedad corporal a través del dolor, permitiéndoles sentirse reales y revitalizados (Villarroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor & Silva, 2013). Por lo tanto, “**el dolor es el corazón del cutting**”² (Schnitter, 2017).

El dolor psíquico es una lesión del vínculo íntimo con el otro, una disociación brutal de aquello que naturalmente está llamado a vivir unido. (Nasio, 1998. p 31)

9. Resultados

9.1 Apartado descriptivo

² Énfasis de las autoras.

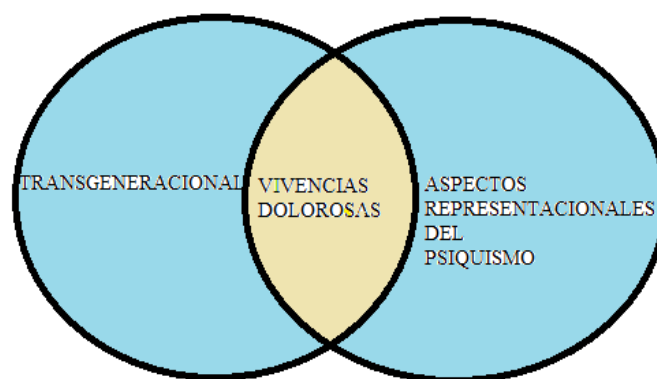


Ilustración 12. Mapa de Categorías Emergentes

Partiendo del estudio y análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, surgieron tres categorías clínicas emergentes con sus respectivas subcategorías, a saber:

lo transgeneracional, con las subcategorías: Expresión del afecto (agresión y

pasividad), transmisión del cuidado. **Vivencias dolorosas** con las subcategorías:

Vivencias dolorosas en relación con los padres y vivencias dolorosas en relación con las pacientes y por último: **Aspectos representacionales del psiquismo** con las

subcategorías: autopercepción, mecanismos de defensa y cutting.

9.1.1 Categoría clínica emergente: Lo Transgeneracional.

*“Lo que se calla en la primera generación,
la segunda, lo lleva en el cuerpo”.*

Doltó, F. (como se cita en Jodorowski, 2009)

La categoría “Transgeneracional” será entendida en este trabajo como aquellos aspectos que están presentes; a lo largo de la historia, en las generaciones familiares de los 2 casos clínicos. Se identificó que es

tos aspectos se transmiten a través de la expresión del afecto, la transmisión del cuidado y/o sus fallas. Se encontró en el análisis, que los aspectos mencionados son vividos en la relación de las pacientes con sus padres, así como fue vivido por los padres de éstas, con sus propios padres. Se denominaron **aspectos transgeneracionales**, ya que son transmitidos de generación en generación, implicando la repetición de modelos y patrones que cruzan la tradición familiar.

En el transcurso del proceso terapéutico se estableció que muchas de las prácticas familiares vividas por las pacientes, fueron experimentadas por los padres en su núcleo de origen, lo que implicó que adoptaran dichos patrones de crianza con sus propias hijas. Estos aspectos al ser reconocidos por las pacientes durante su proceso terapéutico, las llevó a replantear su lugar con otros, respecto a estas experiencias de relación y a establecer estrategias alternativas de comunicación.

“Yo estoy tratando varios casos en el colegio, los niños se me acercan y me cuentan sus problemas, hay un caso más complejo, que los papás viven peleando todo el día, el papá saca cuchillo (...). Ellos ni siquiera pueden con su propia vida, los hijos se sienten culpables por lo que pasa con sus padres, esos papás no se dan cuenta como tienen a sus hijos, como los afectan, la familia es la causa de la mayoría de los problemas, uno siempre está en la mitad. Cuando hablo con los niños, les digo: tú decides si te quedas ahí y al hablar con ellos, se me abre la mente, no pienso tanto en mí, encuentro las palabras”. (Valeria P1).

9.1.1.1 Expresión del afecto (agresión y pasividad).

Se entendió esta subcategoría como la manera de expresar el afecto, la cual oscilan entre la falta de la expresión del afecto, la agresión, la rabia, el miedo y la pasividad ante la expresión emocional. Se evidenció que en el núcleo familiar de las pacientes, la expresión del afecto toma diversos matices que han contribuido al desarrollo de su autoimagen. Estos afectos

cruzan las generaciones de las pacientes, ya que como se presentará, fue vivido por ellas, en la relación con sus padres, pero también, se encontró que los padres tuvieron experiencias similares con sus propios padres, por este motivo se identificó que el afecto se transmitió transgeneracionalmente.

9.1.1.1.1 *En relación a las pacientes y sus padres.*

*“Ella me pegaba por nada. Por eso fue que yo le cogí tanta rabia, porque ella le pegaba a uno sin razón. Uno era como ¡Uy! Juemadre; yo le cogí mucha **rabia** a mi mamá después de eso” (Sara)*

*“**no expresan el amor dando amor**, sino cosas materiales, y tratándolo a uno mal” (ValeriaP1)*

Con respecto a mi papá horrible, peliamos mucho, me trató mal, encima de mí criticándome todo, lo quiero anular de mi vida, no estoy brava si no triste, trabajé mucho para mejorar una relación con él, ahora tengo que volver a entender porque me daba miedo y rabia. Él todavía tiene mucho poder sobre mí o si no, no me sentiría mal (ValeriaP2)

Se estableció que el afecto más común en el núcleo familiar de ambas pacientes fue la agresión. Ellas reiteradamente refieren que sus padres en la educación utilizaban el maltrato verbal y físico (gritos, golpes, palabras soeces y devaluantes), y en muchas ocasiones, atentaron contra la vida de las pacientes. Al respecto afirman las pacientes:

(El padre aconsejando a la paciente) “Su mamá es así de esa forma, ella no quiere mejorar, no le esté contestando; háblele lo que es, pero no se enfrente con ella, ya ella verá si la aporrea, o si la mata, eso ya le queda a ella en la conciencia” (Sara)

“Sí, a ella le gustaba estar pegándole a uno. Es que donde mis tías y mi papá no hablen con ella, ella me sale es matando. ¡Cómo me pegaba!” (Sara)

(La madre) “¡No!, yo si le daba mucho (...) ella me colmaba mucho la paciencia con la lloradera” (Sara)

“Mi papá y mi abuela son groseros, agresivos, gritan mucho. Él me pegaba muy duro. Me hace falta salirme de ese ambiente de gritos. Estoy que mato y como del muerto” (ValeriaP1)

Por otro lado, las pacientes expresan su dificultad para aceptar el afecto, y la admiración de los demás. Relacionan la expresión de las emociones como mostrarse vulnerables frente al otro. De esta forma prefieren evitar la expresión emocional y aislarse. Para las pacientes la expresión del afecto significa dolor. Al respecto afirmó una de las pacientes,

“Yo puedo estar muy contenta pero nunca te lo voy a demostrar. Nunca te voy a demostrar que estoy muy contenta. No me gusta que la gente sepa que pasa conmigo. Expresar las emociones es darle poder a la otra persona de destruirte. Si yo le digo a mi mamá que me importa, eso sería como que todas las actitudes de ella me afectarían mucho más, y ella, se daría cuenta que me importa, y yo no voy a llorar a moco tendido” (ValeriaP2)

“Cada día hay más dolor sin ninguna explicación. Gritos, golpes, lágrimas que invaden mi interior. Es como un volcán en erupción. Tengo miedo de mostrar lo que siento de verdad. Mi familia, mis amigos, no se pueden enterar (poema escrito por la paciente) (ValeriaP1)

El aislamiento emocional ha tenido como resultado dificultades al momento de entablar relaciones, porque para ellas, las relaciones implican tener apertura con el otro, emprender vínculos de confianza y apoyo. Se determinó que recurren al aislamiento en momentos de vulnerabilidad, de temor, de tristeza, de estrés y enojo. El aislamiento se convierte en una estrategia para defenderse del dolor.

“A mí me coge un mal genio muy maluco, y no consiento que nadie me hable. Yo comienzo a llorar ¡Sí me entiende!, si yo estoy llorando, que me dejen quieta y sola. A mí me gusta desahogarme sola” (Sara)

“A veces solo quisiera salir corriendo, escapar y como no volver y esconderme para siempre donde no me vean”. (Valeria P1)

9.1.1.1.2 En relación a los padres de las pacientes con sus propios padres.

En otro orden de ideas, se encontró que algunas de las experiencias manifestadas por las pacientes, fueron también vividas por sus padres con sus propios padres. En las consultas con los padres se estableció que tuvieron vivencias con sus padres caracterizadas por la agresividad y la pasividad. Estas pautas de crianza fueron replicadas en la educación con las pacientes. De esta forma se identificó transmisión generacional de la pasividad y la agresividad.

“(narración de la madre de Valeria) Él era muy agresivo para castigar a Valeria. Él fue maltratado de niño por su mamá. Lo quemó, le hizo asfixia mecánica, le metía miedo con el diablo, le marcaba las piernas con correazos” (ValeriaP1)

“(narración del padre de Sara) El estricto en la casa era el padre mío; él iba cogiendo a la persona y lo iba tirando para cualquier lado ¡pues!, a la persona o al hijo; lo aventaba, él nos tiraba con lo que fuera; ¡entonces que hacía yo como hijo cuándo él llegaba a la casa! yo me iba para la calle, porque el sistema mío no era ver la violencia (...). Y era muy violento. Mi madre era pasiva completamente” (Sara)

“(narración de la madre de Sara) Mi mamá fue muy déspota con todos. Pues me maltrataba mucho. Ya después de que mi papá falleció, la emprendió contra mí, porque, como yo era la niña de mi papá, mi papá no dejaba que me pegaran ni nada, entonces cuando él ya falleció, ya la emprendió fue contra mí” (Sara).

Mi mamá no es capaz de defenderse, es débil, no tiene fuerza, no pone límites (ValeriaP1)

9.1.1.2 Transmisión del cuidado.

9.1.1.2.1 En relación a las pacientes con sus padres.

Esta categoría se entendió en la presente investigación como la manera en que los cuidadores transmitieron a sus hijos el cuidado de sí mismos (autocuidado). Durante el análisis se

estableció que el cuidado estuvo caracterizado por acciones relacionadas con el vestido, la limpieza y la alimentación, entre otros, pero en cuanto a la conexión afectiva, el sostenimiento y la lectura de las necesidades emocionales de las pacientes no fue comprendida ni atendida de forma satisfactoria. Se pudo inferir que el cuidado estuvo en función de cumplir tareas.

Mi abuela es la que me lava la ropa, porque según ella, nadie más lo hace tan bien como ella, me acompaña cuando trasnocho estudiando, pero cuando le da el arrebató, me grita, me echa de la casa, me persigue con cuchillos ¡yo no la entiendo! (ValeriaP1)

*“Hasta los seis años durmió con nosotros, en vista de que ella lloraba mucho y tenía que ser pegada toda la noche del seno, entonces yo me acostaba con ella o la pasaba para donde nosotros, es más nosotros le hicimos, le improvisamos una cama, en un espacio reducido, en una cama cerquita a la cama de nosotros, y ya, ahí la acostábamos, entonces él se acostaba con ella, o cuando yo ya estaba muy cansada, porque ella si no era, por ejemplo ella tenía mucho el vicio de tócame un seno, a pesar de que yo bregué a que no me cogiera eso, ella tenía que meter la mano y tocame y tocame el seno, entonces ya a lo último a uno le da como **rabia** y entonces yo a veces ya uno cansado y todo, muchas veces el papá ya se pasaba, porque yo la hacía dormir y apenas me pasaba pasitico y me pasaba para mi cama, empezaba a llorar” (Sara)*

Por otro lado, una de las pacientes reconoció que no experimentó con claridad los cuidados y la atención por parte de la madre, siendo esta una percepción actual. Ella manifestó que a la madre le faltó empoderarse de su rol y conectarse con el maternaje. Para ella, la madre no logró sintonizarse a partir del sostenimiento afectivo y la mirada que permite el reconocimiento y la identificación.

“Para mi mamá yo no soy su prioridad, mis hermanitas son su prioridad, me da muy duro, ¡así es ella!, tú eres mi mamá, pero tú no estás presente, tú no nada, que ella ha hecho muchas cosas por mí, yo no me voy a poner a pelear por eso. Mi mamá no ha aterrizado en su papel de madre y nunca lo cumplirá” (ValeriaP2)

*“Soy tu hija ocultando mi depresión
Soy la niña sentada a tu lado
Yo soy la que te pide que te importe*

Esperando que siempre estés ahí” (poema escrito por la paciente) (ValeriaP1)

La madre de una de las pacientes afirmó, al referirse al cuidado de su hija, que fue una experiencia agobiante y difícil que incluso en muchas ocasiones le impidió hacer lectura de las necesidades de su hija. El único medio que encontró para calmarla era pegarla de su seno indiscriminadamente. Se identificó entonces que la madre de la paciente tuvo dificultades para sintonizarse con la hija.

Sara dormía toda la noche pegada del seno, si no, no dormía, así fue pues hasta después del año, ella era toda la noche pegada del seno, del seno, prácticamente todo el día, todo el día y toda la noche, porque ella si era pues muy llorona (...). Lo único que me provocaba era angustia, porque a toda hora era llore y yo pegada, ella pegada del seno.

Yo no sé qué es tener un papá o una mamá. Todas las circunstancias que se me han presentado en la vida las he enfrentado yo, no tengo que agradecerle a mi mamá que me haya defendido porque no es capaz, ellos me han causado mucho dolor y me han hecho sentir vacía, me ha costado mucho llenar los vacíos porque no fueron capaces de cumplir su labor, porque eran muy jóvenes, yo acepto eso (ValeriaP2)

9.1.1.2.2 *En relación a los padres de las pacientes con sus propios padres.*

La transmisión del cuidado también estuvo relacionado con el cuidado de los padres de las pacientes con sus propios padres. Ellos afirmaron que sus padres tuvieron actitudes de agresividad, pasividad, niveles altos de exigencia, represión y autoritarismo, lo que se transfirió luego en sus propios hijos.

Los papás de mi abuela (paterna) eran muy estrictos con ella. Ella se mantenía más en la casa de los abuelos, los papás no eran cariñosos, eran distantes entre ellos... el papá era infiel, pero sin embargo nunca les faltó económicamente con nada (ValeriaP1)

(Narración de la madre) Mi mamá era muy agresiva con todos, pero cuando murió mi papá la cogió más conmigo (Sara)

(narración de la madre) el abuelito era muy bravo y estricto con mi mamá y sus hermanas, le tenían miedo, la relación con el papá era más distante (ValeriaP1)

A partir de lo anterior, se estableció en el estudio de caso que muchos de los aspectos vividos por las pacientes en su educación, fueron el reflejo de lo que vivieron sus padres en su crianza. Se observó que en algunas ocasiones la postura oscilaba entre la pasividad y la agresividad. En relación al cuidado se identificó que estaba en función de necesidades físicas, pero ausente la conexión emocional y la comunicación. Esto implicó que en muchas circunstancias las pacientes sintieran que sus necesidades y demandas fueran descuidadas y poco atendidas.

9.1.2 Categoría clínica emergente: Vivencias dolorosas.

Se entendió la categoría “vivencias dolorosas” en dos momentos. Inicialmente se integró las experiencias dolorosas de los padres de las pacientes, ya que se identificó que dichas experiencias influyeron en la relación con sus hijas. La experiencia subjetiva emocional de cada uno de los padres se puso en juego en la relación con las hijas, dando lugar a que las pacientes recibieran los efectos de dicha experiencia. Por otro lado, se integró la experiencia dolorosa de las pacientes ya que ella subyace a su experiencia de vida. Abordar la experiencia dolorosa implica tocar el núcleo que da cuenta de la mayor parte de los conflictos observados en este estudio de caso, y en especial del **cutting**.

9.1.2.1 Vivencias dolorosas en relación con los padres.

Se identificó en el análisis que los padres de las pacientes tuvieron pérdidas significativas en su vida, lo que representó un aumento exponencial del dolor, y que además, coincidieron con su adolescencia, haciendo más complejo este momento.

(Madre) “Mi papá murió apenas yo cumplí 13 años, él murió muy joven, mi papá murió de 43 años, yo era la naña de mi papá” (Sara)

(Madre) “Mi papá falleció cuando yo tenía 14 años y medio y ¡me dio muy duro! No me celebraron los 15 porque estábamos de luto y a los 16 años quedé embarazada de Valeria, hasta esa edad viví con mi familia, pasé a vivir con la familia del papá de Valeria, me dio muy duro porque mi mamá se puso muy brava conmigo y me dejó de hablar por algunos meses. Luego ella me empezó a hablar y la relación mejoró, pero nunca volví a casa” (ValeriaP1)

Se evidenció que los padres de las pacientes al pasar por diversos acontecimientos en su historia, tales como carencias económicas, dificultades en el cuidado, familias numerosas, un solo proveedor, falta de educación y recursos de salud, afectaron la apropiación de rol materno o paterno. Estas vivencias, redundaron en la falta de recursos personales y emocionales de los padres, dejando una marca en su proyecto personal, lo que se hace manifiesto en la relación con las hijas.

(Madre) “La familia de origen no me podía sostener y yo estaba desnutrida y enfermita, la familia que me adoptó a los 3 años, me cogió, me llevó al médico y me salvó la vida, se encariñaron y me acogieron en su casa, aunque yo eventualmente los veía y todavía me relaciono con ellos” (ValeriaP1)

(Padre)” Nosotros fuimos muchos, mi papá era el que nos sostenía y hacía lo que podía. Era una persona muy brava, le teníamos miedo. Mi papá no nos daba afecto” (Sara)

(Madre)” El papá de Valeria sufrió mucho, la mamá lo maltrató mucho. Y el papá no intervenía porque era muy pasivo” (ValeriaP1)

Una de las experiencias dolorosas por las que atravesó la madre de una paciente fue la experiencia de duelo por la muerte. Se identificó que estas experiencias son situaciones de pérdida que quedaron registradas en la vida de ellas impactando la relación madre e hija.

(madre) Con el papá de mi primer hijo no tuve hogar, al papá de mi hijo lo mataron cuando mi hijo tenía dos años (Sara)

(madre) A mi hijo me lo mataron de 19 años, él nunca tuvo una mala contesta conmigo (...). Sara tenía 12, 13 años cuando lo mataron (Sara)

9.1.2.2 Vivencias dolorosas en relación con las pacientes.

Las “vivencias dolorosas” de las pacientes se integraron en dos momentos. Primero, todas aquellas experiencias dolorosas consecuentes a los cambios adolescenciales, en las que se encontró que el duelo por el cuerpo causó una sensación de extrañeza, impropiedad y ajenidad, en la medida que estos cambios aparecían, les exigía nuevos procesos de adaptación que ellas estaban elaborando.

“Sigo sin entender que tan rápido fue de pequeña a quinceañera pudo ser (...) Ya mi cuerpo no da más, la alegría ya se ha ido y hace tiempo lo sabía, pero aceptar yo no quería” (poema escrito por la paciente) (ValeriaP1)

“La tristeza de mi alma, el miedo de mi cuerpo, la incertidumbre de mi mente y la destrucción de mi ser, son las cosas que no me dejan ver, el sol del amanecer” (poema escrito por la paciente) (ValeriaP1M1)

Por otro lado, se reconoció que las pacientes atravesaron por pérdidas significativas que implicaron un proceso de duelos, los que a su vez, se entrelazaron con los duelos de la adolescencia. Para una de las pacientes estos duelos generaron sentimientos de vacío, tristeza, soledad y frustración que se afrontaron con la práctica del cutting. Como se indicará en la próxima categoría, el cutting fue una de las formas para enfrentar estas emociones.

“Yo no sé cómo explicar, pero es como muy duro, es duro de todas maneras, que yo tuviera otro hermano, que hubieran sido dos, uno pierde uno, pero uno está ahí pendiente de que tiene otro, pero uno perder uno, es como: no, ya, como yo le he dicho a usted, yo no me siento igual desde que a él me lo mataron y más que el que lo mandó matar salió ya del ejército y me toca estarlo viendo” (Sara).

“Yo le digo a mi mamá, que nos vayamos de por allá, que yo quiero empezar una nueva vida, es que el barrio donde le mataron el hermano a uno, yo creo que uno no puede seguir adelante de estar pensando en eso, que acá mataron a su hermano, que me toca estar viendo al que lo mandó a matar, entonces yo digo que por eso” (Sara.)

“Ah no, si no que se me vinieron muchos recuerdos y todo, entonces... Es que a mí me mataron un amigo en noviembre, entonces ya, yo me empecé a cortar (...). Esa noticia fue muy dura pa mí, era un amigo con el que yo mantenía mucho” (Sara)

Se identificó que una de las mayores razones por la que una de las pacientes se cortaba fue en momentos en que se confrontaba con la soledad real (llegar y estar sola en la casa), a lo que encontraba solución por medio del cutting, dejando al descubierto su falta de recursos adaptativos para enfrentarse a esta situación de vida.

*“No, me cogió una **depresión** porque es que, si me entiende, es que yo llego del colegio, uno llegar a la casa y **uno estar sola**, es como muy maluco, uno siente como si estuviera **vacía**, entonces ahí me cogió la **depresión** y yo me corté y yo así si me voy para donde mi mejor amiga” (Sara)*

*“Yo estuve toda callada en el colegio, como **sola** y llegué a la casa y me cogió una **depresión** y me corté” (Sara)*

*“No **pensé nada**, en el momento de la **tristeza**, yo me quería cortar y ya. Ya cuando ya estaba mejor, yo me puse a pensar: que yo porqué había hecho eso, que eso no era la solución” (Sara)*

9.1.3 Categoría clínica emergente: Aspectos representacionales del psiquismo.

Se llamó “Aspectos representacionales del psiquismo” a aquellas dimensiones internas que estuvieron relacionadas con la **autopercepción, los mecanismos de defensa y el cutting**, los cuáles integran algunos elementos psíquicos involucrados en el proceso de representación intrapsíquica. El análisis de éstos fue importante, en la medida en que dan cuenta del desarrollo psíquico que se ha establecido a lo largo de la historia de las pacientes. Se evidenció que éstas presentan una **autopercepción** caracterizada por la devaluación, la culpa, y el miedo. Se observó ambivalencia en la valoración de las cualidades, ya que, aunque las poseían, se les dificultaba reconocerlas. Frente a los **mecanismos de defensa**, se estableció que las pacientes utilizaron diferentes mecanismos para enfrentar las situaciones de dolor, conflicto, rabia y tensión. Estos mecanismos fueron estrategias a las que ellas recurrieron para encontrar solución a las situaciones que las excedían. Por otro lado, el **cutting** se identificó como una subcategoría, en la que el cuerpo fue el vehículo que las pacientes utilizaron para expresar sus conflictos.

9.1.3.1 Autopercepción.

Se entendió la “autopercepción” como la capacidad para identificar aspectos de sí mismo, reconocerlos y darles valor. En el análisis se determinó que las pacientes tienen aspectos significativos de devaluación que las hizo sentirse mal consigo mismas, en ocasiones experimentar sentimientos de tristeza, culpa y rabia. La devaluación les impidió tener una percepción positiva de sí mismas, de sus desempeños y logros, y de la forma como se sienten percibidas por los otros.

“No sé porque, es que yo le he dicho a mi mamá: yo ni me quiero así misma” (Sara)

Frente a la percepción de cómo la perciben los otros, una de las pacientes manifiesta que los demás confían fácilmente en ella, le cuentan sus intimidades y secretos, se sienten bien confiando, pero, esta experiencia no la siente ella consigo misma. Al respecto dice,

“Cada persona que llega donde mí, me coge confianza tan fácil, me ve, me viene a contar sobre su vida, y él me dijo es que uno llega donde usted y uno siente como una energía muy buena, como que usted inspira confianza, yo me quedé sorprendida, porque no sabía que ellos se sentían a sí conmigo” (Sara).

Otra de las pacientes afirmando de sí misma, refiere la falta de confianza que tiene frente a sus capacidades, logros, siendo insuficiente lo que hace para ser apreciada y valorada por los otros, aunque sus capacidades, desempeños y resultados son sobresalientes.

“Porque siempre me voy a sentir culpable de todo lo que ha pasado en mi vida, porque no soy capaz de mirarme en un espejo y verme bien. Porque no me quiero, porque simplemente me siento como una basura, y porque jamás me voy a perdonar por ser como soy” (ValeriaP1)

“Mi problema es que yo no confío en mí, yo no soy segura de mí, yo hago las cosas bien, pero siento que no soy buena, no estoy segura de lo que sé y soy capaz de hacer, como si todo fuera una mentira, los resultados no van conmigo” (ValeriaP1)

Se encontró que la devaluación es tan significativa que en ocasiones se manifestó como una severa autocrítica, indicando el desprecio consigo misma:

“Porque yo sé que soy lo peor del mundo” (ValeriaP1)

9.1.3.2 Mecanismos de defensa.

La llegada a la adolescencia implica la construcción de nuevas estrategias a partir de los recursos que se han adquirido en etapas anteriores, lo que permite nuevos desempeños sociales y personales. En el caso de las pacientes se identificó que la adolescencia las llevó a enfrentarse a

las tareas inherentes a esta etapa. Para ellas representó un fuerte conflicto debido a fallas en su crianza que se reactualizaron en este momento de transición y configuración de su identidad. Ante esta realidad las pacientes recurrieron a mecanismos de defensa como: **vuelta contra sí, acting out, disociación y desapego defensivo.**

Frente a la **disociación**, se encontró que recurrían a ella con el fin de darle sentido al dolor a través de su extrapolación al plano físico. El dolor físico les permitió inhibir el dolor psíquico.

“No pensé nada en el momento de la tristeza, yo me quería cortar y ya”. (Sara)

*“Siempre he ayudado a los otros para no pensar en mis propios problemas, porque uno si siente **dolor**, uno se hace más daño, yo **prefiero cortarme porque duele menos que sentir**, es ilógico, pero igual lo hago, yo pensé que todo estaba bajo control, pero me doy cuenta que no porque es una pelea entre dos personas que soy yo, una dice hacelo y la otra dice no lo hagas, a veces gana una, a veces la otra”. (Valeria P1)*

Frente a la **vuelta contra sí**, se pudo evidenciar aquellas conductas impulsivas llevadas a cabo por las pacientes en las cuales predomina la agresión que no se puede poner afuera, por lo tanto, se redirecciona contra sí mismo. La vuelta contra sí, en las pacientes, fue una forma de tramitar la agresividad. Este acto les permitió una sensación de alivio y liberación. La vuelta contra se expresó en el **cutting**, pero en esta subcategoría se muestra como el mecanismo en sí mismo, es el cutting, categoría que se ampliará más adelante.

*Es como si algo dentro de ti estallara como una bomba y tu fueras destrozado por pedacitos, chiquitos, o sea, es como una **ira** que está dentro de ti y que quieres que salga y en el momento en el que te cortas como que explotas y como que ya, te liberas, no sé porque, pero era: imagínate, respira, y para el aire, ahora respira.” (ValeriaP1)*

*“Cortarse es solamente una salida, es algo queee, es **como una representación que uno mismo se hace**, o sea, digamos yo, no soportaba muchas cosas, mis relaciones familiares, ni mis relaciones sociales, ni amorosas, bueno, lo que sea, para mi eran complejas y la **ira** que*

tenía, la contenía o la centraba en algo y era cortándome y eso me, tranquilizaba por un minuto, sentía que estaba bien, que toda esa rabia que tenía la liberaba cortándome”
(ValeriaP1)

*“Si yo no sé, yo me sentí muy **rara**, pero **rabia** como así misma y todo eso y yo me empecé fue a **cortar** y ya”* (Sara)

El **desapego defensivo**, se entendió como un mecanismo que se utilizó para resguardarse de los sentimientos que dan lugar al establecimiento de vínculos. La paciente se protegía de sentimientos de afecto, cariño, amor y prefería mostrarse distante y desconectada de los demás. Al respecto dijo la paciente:

“A pesar de que quiero a las personas, pero no llego a vincularme tanto...No dejo que entren tanto en mí para que no me duela eso...que se vayan” (ValeriaP1)

“No logro entender que es querer y que no es querer y como uno lo demuestra. No quiero querer, me cuesta, me da miedo” (ValeriaP2)

Frente al **acting out**, se entendió como aquellas conductas deliberadas, no planeadas, impulsivas llevadas a cabo por las pacientes, sin ningún proceso de reflexión. Al final de esta acción surgieron sentimientos de culpa y confrontación por el acto realizado,

*“No, o sea, vea que yo no me hacía las cortadas como tan profundas y yo era como más relajada y esta vez yo llegué como con una **rabia**, yo no sé y yo me sentí muy **rara** y yo me empecé fue a **cortar** y yo siempre noté como mucha sangre”* (Sara)

*“Yo ese día yo hice eso, pero **yo me arrepiento**. Es que dicen que uno no se puede arrepentir de lo que uno hace, pero yo si estoy muy arrepentida y mucho, porque es que yo no sé, **no pensé antes de actuar**”* (Sara)

(Poema de la paciente- Su hábito: cortarse) *“Este **la controla**, ella **no puede detenerlo**, es una batalla constante, no puede dejarlo, se ha convertido en un hábito, se ha convertido en un*

hábito, ella no puede renunciar a él, se está apoderando de su cuerpo poco a poco”
(ValeriaP1)

9.1.3.3 *Cutting*.

La categoría “**cutting**” integra la forma como las pacientes se relacionan y representan su cuerpo. La representación estuvo caracterizada por las vivencias y experiencias que tuvieron en su desarrollo. Se identificó en este estudio de caso que la representación del cuerpo de las pacientes estuvo enmarcada en la transición adolescencial que implicó todos los cambios que ocurrieron desde la pubertad a lo largo del tiempo. Los cambios del desarrollo normal se cruzaron con los conflictos de la adolescencia, y se elaboraron estrategias para hacerles frente, que en este caso fue el **cutting**. Se identificó que el **cutting** fue la dinámica central utilizada en este estudio para manejar estados afectivos, relacionales y sociales.

Una de las pacientes afirmó que llevaba a cabo el **cutting** cuando se encontraba sola, sumida en sus pensamientos, sin la posibilidad de intervención de otro del que normalmente se aislaba:

“Yo cuando me hago eso es porque estoy sola en mi casa, como me voy a hacer eso estando mi papá y mamá y mi mamá se dio cuenta y yo ah, me preguntó que porque me lo había hecho y yo le dije: a mí no me diga nada, oiga esta, no me pregunte ni me diga nada (...).Lo hice, con una minora, acá todavía se ve la cicatriz, vea las que se ven por allá, claro que las de abajo son las que yo ya tenía (...).Se me vinieron muchos pensamientos y yo me empecé a cortar de la nada” (Sara).

Una de las pacientes escribió una oda para referirse al **cutting**, donde expresó la importancia del instrumento utilizado (cuchilla), manifestando el significado que para ella tenía, que en este caso fue la fantasía de ser curada, tranquilizada, acompañada y liberada.

“La cuchilla

Mejor amiga confidente y compresiva

A la hora de escuchar

La mejor compañía
En esas noches apocalípticas
Qué haría yo sin ella??
Si es que ella es la pastilla
Que me quita cada día
Esa terrible agonía,
Es la que aleja de mi ser
La tristeza de mis días
Y es como la almohada que seca mis lágrimas
Cada historia es un corte
Cada corte es un amor
Tan preciso como Dios” (poema escrito por la paciente)

(ValeriaP1)

El **cutting** cobró un sentido tan profundo para las pacientes que le dedicaron espacios para la poesía, la reflexión y la creatividad. Una de las pacientes estructuró un relato detallado del ritual llevado a cabo en momentos de tristeza, soledad, rabia y frustración, encontrando en el **cutting** la única manera de conseguir bienestar y sosiego así fuera de forma momentánea. El **cutting** trascendió el plano físico de los cortes, dando lugar a la proyección de aspectos emocionales, racionales y de la fantasía, expresados en el **cutting**.

“Cuando me cortaba simplemente lo hacía porque me sentía bien, yo era muy precavida, me limpiaba con alcohol y ya, limpiaba la cuchilla y me cortaba, pero el corte era lento, porque entre más durara, mejor te sentías (...). Yo no quería que pasara rápido, si no que era lento, entonces cuando yo me cortaba y recuerdo que para uno cortarse tiene que hacer mucha fuerza, porque la piel no se corta tan fácil (...). Entonces uno hacia mucha fuerza y empezaba y uno veía como la piel se iba cortando poquito a poquito (...). Iba saliendo toda la sangre y

uno se sentía bien viéndose chorreado en sangre, porque de cierta manera a pesar de que uno se sintiera muerto y de que es como una paradoja porque uno siente muchas cosas y uno se siente muy mal y siente un dolor muy grande, pero al mismo tiempo no siente nada”
(ValeriaP2)

En varias ocasiones se expresó una reiteración del acto de **cutting**, tratando de restablecer un sentimiento de bienestar, alivio y liberación momentáneo. Para las pacientes el **cutting** se convirtió en una salida importante para sus momentos de dolor.

“Tengo miedo de volver a comenzar esos malos hábitos que he dejado atrás, siento la necesidad de sentir una vez más el dolor en mis brazos que me deja descansar”
(poema escrito por la paciente) (ValeriaP1)

“Un escape necesito para esta terrible agonía, y la cuchilla es la salida que dejará en paz mis días, quitándome el dolor, por tan solo unos segundos que me dan esa alegría” (poema escrito por la paciente) (ValeriaP1)

9.2 Apartado interpretativo

9.2.1 Transmisión transgeneracional.

A partir del análisis de las sesiones se identificó que hay aspectos de transmisión transgeneracional que aparecen a lo largo del proceso histórico de la familia. Para Berenstein (2004) todo

se encuentra en la estructura familiar y lo que está presente en las generaciones anteriores es heredado por las actuales. De esta forma se establece en los resultados que las pacientes, al ser la generación actual, heredaron aspectos de su pasado que se actualizaron en la relación con los padres. Así mismo Winnicott (1993), sostiene que según la forma como las madres fueron cuidadas, éste cuidado se reeditará en la relación con sus propios hijos y que todas las dificultades

humanas deben contemplarse en el contexto familiar y de otros grupos que afectan directamente el desarrollo humano.

De igual forma, al establecer que en las relaciones con los padres el maltrato fue una acción constante, se pudo identificar que a su vez, se transmite transgeneracionalmente, ya que los padres de las pacientes tuvieron la misma experiencia con sus padres. Al respecto Castillo & Haz (2003), afirman, que el maltrato se transmite transgeneracionalmente, lo que implica que siga presente en las experiencias de vida de la pacientes. Este lugar, a partir del proceso terapéutico, fue reevaluado y resignificado, otorgando otro lugar en la cadena transgeneracional. En este orden de ideas se confirma la tesis postulada por Fairbairn (2013) en donde se establece que somos buscadores de objetos, por lo tanto, se mantienen las pautas conocidas y establecidas con regularidad en la infancia con los cuidadores.

9.2.1.1 Expresión del afecto: agresión y pasividad.

Se determinó que la relación de las pacientes con sus padres estuvo atravesada por la agresión y la pasividad. Se encontró que las pacientes tenían dificultades en el manejo de la agresión, ya que, al no poder ponerla sobre el objeto, se vuelca hacia ellas. Al respecto dice Freud (1992)

Se evita en forma sostenida el empleo de los impulsos agresivos contra el mundo de los objetos, se internaliza excesiva agresión. Las consecuencias dañinas, de una distribución como ésta, de la energía agresiva, se manifiestan, en la esfera somática, como una inclinación mayor a desarrollar enfermedades orgánicas; y en la esfera mental, como una falta de autocontrol, una agría autocrítica, una excesiva severidad del superyó, estados depresivos y tendencias autodestructivas (p. 130).

A partir de lo anterior se identificó que las pacientes, para no dañar ni atacar los objetos, prefirieron autolesionarse (vuelta contra sí). Frente a ellas asumieron una actitud activa mediante un acting out de agresión, y hacia el exterior (objetos), una actitud pasiva. Como bien lo dice Anna Freud (1992) hicieron un uso inadecuado de sus impulsos agresivos.

Así mismo, la agresión vivida entre los padres y las pacientes, también se observó entre los padres de ellas y sus propios padres. Se identificó una agresividad reactiva tanto de las pacientes hacia sus padres, como de estos hacia los suyos. Para Winnicott (como se cita en la Cruz, 2013) la agresión es una fuerza vital que se expresa como un potencial para el desarrollo, pero cuando se asocia a la frustración, y a las dificultades en el holding, genera enojo; esto es lo que Winnicott llama “agresividad reactiva”. Esta se manifiesta como pasividad o sometimiento, o por otro lado, como una respuesta con agresividad destructiva y antisocial. De esta forma, los padres de las pacientes al haber recibido de sus propios padres fallas en el sostenimiento, en el cuidado, la comprensión y conexión emocional, instauraron representaciones paternas y maternas que luego se pusieron en juego con sus hijas.

9.2.1.2 Transmisión del cuidado.

Frente a la transmisión del cuidado se estableció que las pacientes recibieron cuidados externos caracterizados por la limpieza y el vestido, pero se evidenciaron fallas en la conexión emocional. Frente a esto Horner (1982) estableció que en el transcurso del desarrollo ocurre un proceso que llamó la internalización transmutadora, la que permite el cuidado de sí, a partir de las experiencias de cuidado que se tuvo con los cuidadores. La transmutación “tiene la habilidad de mantener el equilibrio narcisista o buen sentimiento de sí, que es el resultado del logro de la constancia de objeto libidinal que se da por la internalización de la transmutación de los cuidados

maternos dentro del self” (p.25), de esta manera las pacientes al presentar dificultades con este proceso, mostraron problemas en algunos aspectos del autocuidado como la práctica del **cutting**, las conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, entre otros.

En el mismo orden de ideas, Winnicott (1993) afirmó que desde su propio desarrollo, las madres deben estar capacitadas para ofrecer los suficientes cuidados, afectos y contención que posibiliten un desarrollo óptimo. Al respecto dice Winnicott (1993)

“Debe observarse que las madres que espontáneamente proporcionan un cuidado suficientemente bueno, pueden mejorarlo si ellas mismas son cuidadas de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea” (p.63).

A partir de la cita anterior, se afirma, que el cuidado se transmite transgeneracionalmente. Una madre puede cuidar, en la medida en que fue cuidada.

Además, posibilita que ella se ponga en el lugar del bebé y se identifique con sus necesidades. Para Winnicott (1993) la madre utiliza sus propias experiencias como bebé” para cuidar de su hijo. En esencia, la madre reeditará aspectos de la forma como ella fue cuidada y de cómo tramitó su propio proceso de separación-individuación.

9.2.2. Vivencias dolorosas.

A partir de los resultados se identificó que las pacientes tuvieron que pasar por dos tipos de duelos. Por un lado, los **duelos de la adolescencia** y por otro, **pérdidas de seres queridos (muertes)** por las que atravesaron en ese momento. Para Aberastury & Knobel (1977) uno de estos duelos, es el duelo por el cuerpo infantil. Estos autores argumentan que el duelo por el cuerpo se caracteriza por el enfrentamiento a diferentes cambios en los cuáles ellos no tienen

ninguna participación, hay un anhelo por un cuerpo perdido, además de la inconformidad por un cuerpo sobre el que ellos no tienen control ni decisión.

Se identificó que en el estudio de caso las pacientes experimentaron una sensación de extrañeza, impropiedad y ajenidad, en la medida que los cambios adolescenciales les exigió nuevos procesos de adaptación que ellas estaban elaborando. Realmente se manifestó un duelo en este aspecto. Al respecto Blos (1971) afirma que los duelos implican sentimientos de vacío y tristeza que son inherentes a todo luto. Para este autor estar de luto o en duelo, es una de las tareas o logros de la adolescencia. De esta forma las pacientes estaban pasando por un proceso de luto frente a las transformaciones de su cuerpo.

Así mismo Aberastury & Knobel (1977) afirman,

“El duelo frente al crecimiento implica al yo y al mundo externo, y los desniveles entre el crecimiento del cuerpo y la aceptación psicológica de ese hecho son mayores cuando el cuerpo cambia rápidamente, y se incrementa la angustia paranoide del cuerpo invadido (p.114)”.

También se identificó **sentimientos de tristeza y soledad** en el estudio de caso. Los autores mencionan que los adolescentes transitan por sentimientos de soledad, tristeza y depresión que dan cuenta de los conflictos adolescenciales por los que están atravesando. En este caso, se estableció que las pacientes también estaban transitando por estas emociones, pero con la particularidad de que presentaban pocos recursos psicológicos para enfrentarlos, lo que les llevó a tener actos de autoagresión. Para Aberastury & Knobel (1977)

“El adolescente atraviesa por desequilibrio e inestabilidad extrema (...). Nos muestra períodos de elación, ensimismamiento, alternado con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía que se suceden o son concomitantes con conflictos afectivos (p.43)”.

En lo referido al duelo, se identificó que éste se relacionó con pérdidas reales durante el proceso de desarrollo tanto de los padres como de las pacientes. Esta experiencia impactó

directamente las tareas del desarrollo normal, haciendo su tramitación más compleja. Para Tizón (2007) las personas utilizan diversas estrategias para acercarse a la muerte, por un lado, puede ser a través de su negación o de-negación, o por otro, a través de un mecanismo de elaboración. Para este autor se utilizan mecanismos al momento de enfrentar los duelos reales en el desarrollo.

Para Tizón (2007) “todos los duelos remiten a dos duelos fundamentales: el duelo de la separación de objeto originario de vinculación (la madre o su sustituto) y el duelo por el fin de nuestra experiencia como sujetos (la muerte) (p. 380)”. De esta forma las muertes reales confrontan con el dolor inherente a todos los duelos del desarrollo y la forma como se enfrentaron.

En este estudio de caso, los duelos reales (muertes) implicaron para las pacientes y sus padres, confrontarse con emociones de tristeza, frustración, soledad y rabia que complejizaron la transición adolescente por la que estaban pasando, junto con las tareas propias de esta etapa. En el caso de los padres, en especial las madres, implicó dificultades para enfrentarse con sus roles maternos y paternos actuales, problematizando las relaciones con sus hijas, ya que, la forma de enfrentar el duelo fue con la negación, ansiedad, sufrimiento y no permitió mayor organización, e integración en el proceso evolutivo que da lugar a la creatividad (Tizón, 2007). Así mismo, Bowlby (2014) afirma que las personas sufren por las pérdidas, por esto es que el duelo es la forma como una persona reacciona a nivel emocional y conductual por la pérdida de alguien que fue importante. También se argumenta que los duelos modifican las capacidades yojicas (Tizón, 2007) complejizando su tramitación.

Otras de las experiencias dolorosas que se encontraron fueron la depresión, soledad y tristeza. Estas emociones hacen parte del desarrollo normal adolescente, pero las realidades de duelo real (muerte) exacerbaban estos sentimientos, además de que la contención y tramitación familiar no ocurrió de forma adecuada. Para Winnicott (1993) la capacidad de estar a solas es un logro del desarrollo emocional, que está precedido por la relación con la madre. Los momentos de

soledad se logran por la internalización de la presencia de la madre, su compañía y constancia, se trata de la experiencia que se tiene en la infancia y la niñez de estar solo en la presencia de la madre (Winnicott, 1993). En el caso de las pacientes la soledad las confrontó con la posibilidad previamente adquirida de estar solos, además porque la adolescencia implica procesos de poder tolerar la soledad, estar lejos de casa, o sin la presencia del otro, lo que permite el logro de la autonomía. Para Winnicott (1993) si un niño no tiene la posibilidad de tener la experiencia de estar en la presencia de la madre o otro estable, no disfrutará de la soledad en años posteriores. A partir de esto, se identificó que las pacientes recurrieron al **cutting** para enfrentarse a la soledad y a la depresión, como una forma de mitigar estos sentimientos.

9.2.3 Aspectos representacionales del psiquismo.

9.2.3.1 Autopercepción.

Se encontró en el análisis que la autopercepción en las pacientes se caracterizaba por la devaluación. Se evidenció la falta de recursos narcisistas la cual viene precedida por la relación con el cuidador primario. Al respecto, Mahler (1975) resalta la importancia de la madre, la que a su vez, es imprescindible, como “base de operaciones”, en tanto reabastece al bebé a través del contacto físico. Además, se hace necesaria la confianza y seguridad que la madre transmite al bebé, lo cual redundará, en su propia seguridad y también es,

El aliento inicial que lo impulsa a intercambiar parte de su omnipotencia mágica por el placer de la propia autonomía y de su creciente autoestima (Mahler, 1975, p. 88).

Para esta autora la seguridad es un aspecto que se construye en relación con el cuidador, y que cobrará suma importancia a lo largo de todo el ciclo vital, ya que permite un disfrute de las habilidades motrices y psicológicas que le posibilitarán enfrentarse al medio social. Es así que, las

fallas en el narcisismo tendrán fuertes implicaciones, en especial en la adolescencia cuando se está pasando por la segunda individuación, como es nombrada por Blos (1971).

En el mismo orden de ideas, Mahler (1975) propone que según como haya sido el reabastecimiento emocional de la madre al infante en la subfase de ejercitación, en cuanto a las caricias, el estar disponible, el reconocimiento y exaltación de sus logros, permitirá el creciente movimiento del niño hacia la exploración, redundando en suministros narcisísticos para el infante.

Al identificarse aspectos devaluativos por parte de las pacientes, se pudo establecer que hubo fallas en el maternaje y en el reabastecimiento narcisístico por parte de la madre. De esta forma se comprende las constantes referencias a sí mismas, que hacen las pacientes cargadas de autodevaluación.

La devaluación de las pacientes da cuenta de la dificultad para reconocer sus capacidades, se sienten que no son suficientemente buenas a los ojos de los demás, las acciones que emprenden no son reconocidas por ellas ni por el otro, y en otros casos se sienten insuficientes como personas.

La autoestima según Mahler (1975) se desarrolla como ya se nombró a partir del reconocimiento que la madre hace de los logros del niño. Así mismo Rosenvald, M y Antón, (2007) haciendo referencia a Kohut, en la construcción de la autoestima,

“Como el niño en el momento de su nacimiento no posee estrictamente hablando un self, éste se irá constituyendo a partir de las respuestas empáticas de estos “objetos- self”. Si esto no ocurre el niño responderá con “furia o rabia narcisista”, la cual no depende de la organización del yo total (todavía inexistente) sino de una matriz narcisística originaria. A través del proceso de “internalización transmutativa” el niño irá constituyendo su propio self a partir de la incorporación de las funciones de dichos objetos. Si dichas funciones logran reflejarlo y le permiten una fusión idealizadora el self podrá constituirse y desarrollarse sobre una base segura. Por el contrario, cuando esto no sucede el self sufrirá perturbaciones en su desarrollo y continuidad, siendo su consecuencia las perturbaciones del narcisismo o “trastornos narcisistas” (p. 480).

A partir de la cita anterior se concluye que las pacientes experimentaron fallas en el cuidado y el espejamiento (Kohut,1999) por parte de sus objetos Self, lo que repercutió en su autopercepción.

9.2.3.2 Mecanismos de defensa.

Frente a los **mecanismos de defensa** se identificó por un lado la vuelta contra sí. Las pacientes utilizaron la vuelta contra sí como una forma de poner la agresión, que no pueden poner afuera, la dirigen hacia dentro. Este mecanismo implícitamente contiene la autoagresión o **cutting**.

En la presente investigación se entendió la **vuelta contra sí**, como un mecanismo de defensa. El Yo al verse bajo la amenaza de conflictos, introyecta la agresión contra sí mismo; al respecto Anna Freud (1992), como se mencionó en un apartado anterior, sostiene que cuando,

Se evita en forma sostenida el empleo de los impulsos agresivos contra el mundo de los objetos, se internaliza excesiva agresión. Las consecuencias dañinas, de una distribución como ésta, de la energía agresiva, se manifiestan, en la esfera somática, como una inclinación mayor a desarrollar enfermedades orgánicas; y en la esfera mental, como una falta de autocontrol, una agría autocrítica, una excesiva severidad del superyó, estados de depresivos y tendencias autodestructivas (p. 130).

Se observó que las pacientes no tramitaron adecuadamente su agresión, lo que se convirtió en autoagresión, esto debido a que no fue dirigida al exterior sino hacia ellas. La clandestinidad de este hecho dio cuenta de que el **cutting** es un acto que se realiza en soledad.

Frente al **desapego defensivo** se observó que para las pacientes el afecto les causa dolor, extrañeza y se sienten confundidas para vivirlo. Además, esto les dificulta confiar y establecer vínculos de cercanía. El desapego defensivo según Horner (1998) , se establece también en el contacto con la madre, y dependiendo del tipo de apego se generarán problemas en la autoestima, que luego se verán reflejados, en la autopercepción, en la capacidad para

relacionarse socialmente, iniciando, estableciendo y manteniendo vínculos a lo largo del tiempo. Así mismo Horner (1982) afirma que el desapego puede ser una defensa para protegerse en parte de la ansiedad, el **dolor** y el desamparo.

En lo que respecta al **acting out** que se encontró en el estudio de caso, fueron los intentos que las pacientes utilizaron para enviar un mensaje cifrado al otro, como medio para resolver sus conflictos en la relación con los demás; se manifestó también como una conducta impulsiva, premeditada y propia a una situación antigua que se reactualiza y toma una forma “auto- o heteroagresiva” (Laplanche & Pontalis, 1996).

Para Blos (1971) el acting out se caracterizan por “Su forma auténtica constituye un mecanismo específico de la fase del proceso adolescente (p.224)”, también como “Un mecanismo regulador de la tensión, el acting protege al organismo psíquico contra la angustia conflictiva” (ídem, p.225)

Frente a la **disociación** se observó que las pacientes se disociaban de la experiencia del **dolor**. Utilizaban el **dolor** físico como una manera de disociar el **dolor** psíquico. Frente a esto Spiegel (como se cita en Pérez & Galdón, 2003) definen la disociación “como un fenómeno que se relaciona con el conflicto, las experiencias traumáticas, y con la integración del sí mismo. Este autor afirma que la disociación es “una falta de conexión entre diferentes partes de la conciencia o memoria, que da lugar a un estado de conciencia diferente al normal (p. 90)”.

De esta forma, con la disociación las pacientes lograron separar el **dolor** emocional centrándose en el **dolor** físico. Los mismos autores argumentan que el proceso de disociación puede verse como un intento de preservar alguna forma de control y seguridad frente al estrés desbordante, aunque a su vez está ligado a la pérdida de control de determinadas funciones psicológicas y físicas. A partir de lo anterior se concluye que la disociación también evidencia la falta de recursos psicológicos de las pacientes para manejar situaciones de estrés

desbordante, más aún, cuando esto ocurre en la adolescencia, siendo este un período convulsionado física y emocionalmente.

9.2.3.3 *Cutting.*

En cuanto al **cutting**, se puede afirmar que fue el mecanismo predominante en este estudio de caso. Las pacientes reiteradamente recurrían a él en momentos de rabia, tristeza, frustración y enojo. Para ellas el **cutting** fue una forma de defenderse y enfrentar estas experiencias y los avatares adolescentes. El uso del **cutting** les proporcionó sensaciones subjetivas como el bienestar y alivio, los que fueron identificados como momentáneos. También se determinó que recurrir al **cutting** y no a otras estrategias, fue porque el **cutting** da cuenta de su propia historia en tanto permite recrear y reparar la relación con el cuidador primario. En las pacientes fue una manera de volver a las experiencias cenestésicas, de contacto, sensoriales, a través de la **piel** y el cuerpo.

Según Gaddini (como se cita en Manca, 2011) “el acto de autolastimarse intervendría en la resolución de estos conflictos, mediante el uso primitivo del cuerpo (p.84)”. Es así que las pacientes utilizaron el **cutting**, como se expresó anteriormente, como una alternativa para afrontar las situaciones que en ese momento fueron para ellas conflictivas.

El **cutting** como se expuso en este estudio de caso, fue el recurso para tratar de demarcar los límites del cuerpo y para diferenciar el Sí mismo del Objeto, a partir del aflojar los vínculos objetales infantiles (Blos, 1971), es decir, las pacientes estaban en proceso de resolver las vicisitudes de la adolescencia, junto con la historia afectivo-relacional.

De tal manera, el cortar la **piel**, les permitió recordar una experiencia guardada en sus huellas mnémicas (Psique-soma), lo sensorial y lo táctil, lo que a su vez les generó satisfacción y

alivio. Por lo tanto, la autolesión (**Cutting**) es un intento de reconstruir esa fragmentada, no simbolizada y no representada imagen de Si mismo (Manca, 2011). Entonces, cuando el niño puede establecer la diferenciación y tramitarla, no tiene que recurrir a la cortada (Cutting) (Schnitter, 2017).

10. Conclusiones

En el análisis clínico y estudio de caso del cutting en adolescentes, se logró establecer que hay aspectos emocionales, afectivos y relacionales que se transmiten de generación en generación. Los asuntos que no fueron tramitados o resueltos en la primera generación o generaciones anteriores, quedan para ser resueltos por las subsiguientes generaciones. Así mismo se pudo determinar que algunos aspectos (agresividad y pasividad, entre otros) se transmiten generacionalmente. En esta línea de lo transgeneracional, también se pudo evidenciar que la transmutación del cuidado está condicionada a la forma como cada madre fue cuidada por su propia madre.

Durante el proceso investigativo, se identificó que una de las dimensiones del desarrollo que sobresale es la emocional, a la que hay que hacerle frente, dado que allí se manifiestan principalmente emociones como la agresión, como la frustración, como la rabia; entonces si éstas no se tramitan, tendrían implicaciones en la consecución de logros posteriores. Además, se toma en consideración que la adolescencia conlleva la resolución y confrontación de tareas emocionales, afectivas, sociales, cognitivas y familiares; que además pueden estar acompañadas de conflictos que vinieron desarrollándose desde la infancia y no se tramitaron, haciendo que las tareas adolescenciales sean más complejas. Sumado a esto, se identificó que

las pérdidas de seres queridos (muertes), en la adolescencia, interfiere directamente en las tareas del desarrollo normal de la adolescencia en tanto no hay una elaboración apropiada del duelo. Algunas de las formas utilizadas para enfrentar la adolescencia y los conflictos fue a través de mecanismos de defensa (Vuelta contra sí [cutting, cuando no se puede colocar la agresión sobre el objeto externo, la agresividad es puesta sobre sí mismo], disociación, acting out) como estrategias para hacer frente a sus conflictos, en tanto no se cuenta con los recursos adaptativos necesarios para enfrentarlos.

Se pudo establecer que el cuerpo fue un medio privilegiado como depositario de conflictos, se toma el cuerpo para volver al cuerpo, para poder reestablecer la representación de éste, para volver a lo cenestésico y vivir las experiencias pasadas (contacto, afecto, piel) se parte del organismo, (dimensión concreta), no representado y se vuelve al organismo, para poder ser representado. Por lo tanto, el acto de cortar la piel, es utilizado para recordar una experiencia guardada en las huellas mnémicas (Psique-soma), lo sensorial y lo táctil, generando satisfacción y alivio. Es decir, la autolesión (**Cutting**), es un intento de reconstruir esa fragmentada, no simbolizada y no representada imagen de Si mismo (de la **piel** a la **piel**).

En función de todo lo expuesto, se concluye que las características y cualidades del cuidador primario, son fundamentales en la organización psíquica, en el establecimiento de la identidad y en el desarrollo de la autoestima y la autovaloración. Es decir, la capacidad del cuidador primario (madre), de ponerse en el lugar del bebé e identificarse con sus necesidades es primordial. De tal manera, que la madre utiliza sus propias experiencias como bebé para cuidar de su hijo. En esencia, la madre reeditará aspectos de la forma como ella fue cuidada y de cómo tramitó su propio proceso de separación-individuación. Una madre puede cuidar, en la medida en que fue cuidada. Winnicott (1993).

11. Implicaciones para la Intervención

La etapa adolescencial es delicada, sutil, frágil y vulnerable. El adolescente atraviesa por múltiples sensaciones, emociones, sentimientos que se les convierte en emociones encontradas, es por todo esto que el abordaje psicoterapéutico implica la preparación, sensibilidad, disposición, constancia, predictibilidad, presencia, entre otras, del terapeuta para trabajar con ellos. Además, es importante que el terapeuta tenga supervisión académica y acompañamiento de los casos. El objetivo central de la intervención es el poder estar ahí para el paciente y que éste reconozca, infiera y pueda interiorizar que si está ahí” como objeto/otro. Todo ello se propone desde el establecimiento, cuidado, fortalecimiento y mantenimiento de la matriz terapéutica; columna vertebral de las intervenciones con los adolescentes, en las cuales, son imperativas la escucha incondicional. Así también, el discernimiento del código comunicacional y simbólico que se construye en la relación terapéutica.

Es fundamental hacer del espacio terapéutico, un lugar seguro y contenedor, a través de la contención (Holding), estar junto con (handling) y el cuidado permanente para que el adolescente pueda sentirse seguro y confiar en el terapeuta. Todo ello, le permite al adolescente, nombrar aspectos conflictuados y **dolorosos**, en el momento justo y preciso. Lo cual es consecuente a los señalamientos, devoluciones y confrontaciones realizadas por el terapeuta.

En las experiencias de cutting, se hace imprescindible que los adolescentes identifiquen al terapeuta como objeto y continente seguro, que les ayuda a encontrar sentido y resignificar sus

conflictos, siendo un objeto separado de ellos, que, a la vez, co-ayuda a su proceso de diferenciación y asunción de la identidad (Si mismo).

“Las palabras del psicoterapeuta simbolizan, sustituyen y recrean los contactos táctiles sin que sea necesario recurrir concretamente a ellos, la realidad simbólica es más operante que la realidad física”

Anzieu (como se cita en Döll & Galvez, 2013)

12. Referencias

- Aberastury, A. , y Knobel, M. (1977). *La Adolescencia Normal*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Aceró, P. (2015). La autolesión: Posibles causas y consecuencias, y su manejo exitoso. Retrieved from http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_aceró.pdf
- Angel, C. (2014). Cortes a flor de piel: una aproximación psicoanalítica a la conducta de la autoincisión en la adolescencia. *Artículo*, 18, 117–140. Retrieved from <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/480>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (MASSON. S.A., Ed.) (Cuarta Edición). Barcelona.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (Editorial Medica Panamericana, Ed.) (Quinta Edición). España.

- Bedoya, M. H. (2006). *Acercamiento a las condiciones de posibilidad de una clínica psicológica posmoderna*. Universidad de San Buenaventura.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir con otros: ajenidad, presencia, interferencia*. (Editorial Paidós SAICF, Ed.). Buenos Aires.
- Bermejo, D. (2008). *En las Fronteras de la ciencia*. (Anthropos, Ed.) (Primera Edición). Barcelona.
- Bleichmar, H. (1976). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. (Nueva Visión, Ed.). Buenos Aires.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. (Paidós, Ed.) (1° Edición). Barcelona.
- Bleichmar, N.M. & Leiberman, C. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. (Paidós., Ed.). México.
- Blos, P. (1970). *Los Comienzos de la Adolescencia*. (Amorrortu editores, Ed.). Buenos Aires.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. (Joaquín Mortiz S.A., Ed.). Mexico D.F.
- Blos, P. (1981). *La Transición Adolescente*. (Asappia, Ed.). Buenos Aires.
- Bowlby, J. (2014). *El Apego y la Pérdida*. (Paidós, Ed.). España.
- Carmona, B., (2016). Conversación sobre el cutting. Medellín: Seccional de Salud de Antioquia. Grabación de voz.
- Carvajal, H., Arancibia, B., Díaz, J., Mendoza, H., (2015). Síndrome de Cutting (autolesionismo). *Revista de salud*. 25, 43-48.

- Castillo Guevara, R. D., & Haz Montaldo, A. M. (2003). Adultos resilientes al maltrato físico en la infancia. *Terapia Psicológica*, 21(2), 105–119.
- Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. –CIE 10- Códigos y descripción a tres y cuatro dígitos. (n.d.). Retrieved from Niccpaganini <http://medicblog.wordpress.com>
- Cierpka, M. (2017). *OPD-CA-2 Operationalized Psychodynamic Diagnosis in Childhood and Adolescence*. (Hogrefe., Ed.). USA.
- Dartiguelongue, J. (2012). *El sujeto y los cortes en el cuerpo*. (Letra Viva, Ed.) (Primera Edición). Buenos Aires.
- Doctors, S. (2013). Apego Individuación: Como una visión Relacional del Desarrollo Psicológico Normal Clarifica la Formación de Síntomas en la Adolescencia. *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 7(3), 483-494.
- Döll, A y Galvez, A. (2013). La piel como camino al pensamiento. *Átopos*. Retrieved from http://www.geifco.org/a-caballero/descargas/didier_anziu_La_piel_como_camino_al_pensamiento.pdf
- Erickson, E. (1974). *Sociedad y adolescencia*. (sa Siglo veintiuno Editores, Ed.) (Segunda edición.). España.
- Fairbairn, R. (2013). Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé-Paidós.
- Fermoso, P. (1988). El modelo fenomenológico de investigación en pedagogía social. *Educación*, 121–136.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. (Paidós, Ed.) (Tercera edición). Barcelona.

- Freud, A. (1978). *Normalidad y patología en la Niñez*. (Paidós Iberica, Ed.) (Tercera edición). Buenos Aires.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En Obras completas, Volumen XIV. (389). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Ed. Amorrortu: Buenos Aires. Tomo XVIII.
- Freud, S. (1932). *Nuevas aportaciones al psicoanálisis*. Conferencia 32 Angustia y vida pulsional. En Obras completas, Volumen XXII. (263). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976/1909) *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. En S. Freud, *Obras Completas Volumen X* (p. 123-194). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gergen, J. K. (2006). *Construir la realidad*. (S. A. Paidós Ibérica, Ed.). España.
- Giletta, M., Scholte, R.H.J., Engels, R.C.M.E., Ciairano, S., & Prinstein, M.J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197, 66-72. doi:10.1016/j.psychres.2012.02.009
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (2000). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2005). *Manual de investigación Cualitativa*. (T. O. SAGE, Ed.). California.
- Guntrip, H. (1961). *Estructura de la personalidad e interacción humana*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.

- Hawton, K., Saunders, K.E.A., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Hartmann, H. (1987). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires: Paidós.
- Horner, A. (1982). *Object relations and the development ego in therapy*. (Jason Aronson, Ed.) ((2a ed.).). New Jersey (USA).
- Horner, A. (1998). *Working with the Core Relationship Problem in Psychotherapy: A Handbook for Clinicians*. (Jossey-Bass). San Francisco, California.
- Jaramillo, J. C., & Schnitter Castellanos, M. (2004). Informes psicológicos . *Informes Psicológicos*, (6), 45–55.
- Jodorowski, A. (2009). *Psicomagia*. (Ariata, Ed.). México.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetables y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S., & Walsh, B. (2011). *Non-suicidal self-injury. Advances in psychotherapy: Evidence-based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Kohut, H. (1999). *La restauración del sí-mismo*. México: Paidós .
- Lacruz, J. (2013). la teoría de la agresividad en Winnicott. Retrieved from http://www.javierlacruz.com/el_gesto_espontaneo/?p=108
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (MASSON. S.A., Ed.). Barcelona.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Laplanche, J., & Ponatlis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. (663). Buenos Aires: Paidós.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K.A. (2005). Nonsuicidal self-harm among

- community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Levenkron, S. (2006). Cutting Understanding and Overcoming Self Multidilation. (L. Lions Crown, Ed.). New york.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E.M., Corcoran P., De Leo, D., de Wilde, E.J., ... Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 499-508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. Buenos Aires: Marymar.
- Manca, L. (2011). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, N° 1, 77–88. Retrieved from <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/manca.pdf>
- Ministerio de Salud. (1990). Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993). Colombia. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una integración*. (s. a. de c. . SIGLO XXI Editores, Ed.). México.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa: Barcelona.
- Morris, D. B. (1991). *La Cultura del Dolor*. (Andrés Bello, Ed.). Chile.
- Nadel, Sofia y Lunger, V. (1981). Acting Out y Acto (II): Algunas reflexiones sobre la

posición del analista y la cuestión pulsional en relación al acting out. Texto publicado en "Fichas de la EFBA". Serie II - Nro 16. *Fichas de La EFBA*.

Retrieved from <http://www.efba.org/efbaonline/iunger-02.htm>

Nasio, J. (1998). *El libro del dolor y del amor*. (S. A. Gedisa, Ed.). Barcelona.

Omicrono. (2013). Autolesiones ¿por qué lo hacen? Retrieved from

<http://www.omicrono.com/2013/10/autolesiones-porque-lo-hacen-todo-lo-que-necesitas-saber-y-como-enfrentarte-a-ellas-trigger/>

Organización Mundial de la Salud (2002). Violencia. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>

Pérez, S y Galdón, J. (2003). Los fenómenos disociativos: Una revisión conceptual.

Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica, 8 (2), 85–108.

Piaget, J. (1972). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. (Critical, Ed.). Buenos Aires.

Piajet, J. (1991). *Seis estudios de Psicología*. (I. G. GERSA, Ed.). Barcelona.

Piaget, J., Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño*. (S. L. Ediciones Morata, Ed.). Madrid.

Puerta, G & Lozano, M. (2013). *Contexto Social, estilos psicológicos y psicopatología en*

un grupo de adolescentes Colombianos que se autoagreden 3. Retrieved from

<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a02.pdf>

Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*

(UFSM), Santa Maria, Jul. 2010. ISSN 1984-6444., 32 (1), 11–22. Retrieved from

<https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/1486/838>

Rodríguez, L. (31 de julio 2016). "Cutting" conducta que preocupa en el Atlántico. El

Heraldo. Retrieved from <https://www.pressreader.com/colombia/el-heraldo->

colombia/20160731/281599534871035

Rosenvald, M y Antón, S. (2007). Acerca del narcisismo WINNICOTT Y KOHUT. *XIV Jornadas de Investigación Y Tercer Encuentro de Investigadores En Psicología Del Mercosur. Facultad de Psicología*. Retrieved from <https://www.aacademica.org/000-073/227.pdf>

Ruíz, J. M., (RCN Radio). (2016). El cutting. Bogotá : RCN. Retrieved from <http://www.rcnradio.com/nacional/cutting-drama-registros-colombia/>

Salas, M. (2012). La Emergencia de la Matriz Terapéutica: un tejido a dos manos. Universidad del Norte.

Saldaña, M. (2014). Demandan prevenir el cutting entre niños y adolescentes. Retrieved from <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-demandan-prevenir-cutting-entre-ninos-y-adolescentes--18992.html>

Sammartino, M. (2006). La representación psíquica de la piel. *Revista TRES AL CUARTO*. Retrieved from <http://www.gradivabarcelona.org/node/512>

Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. *Programa de Especialización En Teoría, Métodos Y Técnicas de Investigación Social*. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior ICFES.

Schnitter, M. (2002). *El Lugar Del Terapeuta. Matriz Relacional O La Síntesis Del Amor*. Conferencia Universidad del Norte Septiembre 07 de 200. Barranquilla.

Schnitter, M. (2005). La reinención del pensar sobre la clínica. In *IV congreso mundial de psicoterapia* (p. 4). Buenos Aires.

Schnitter, M. (2015). Conferencia magistral, clase de maestría en psicología. Universidad del Norte -Barranquilla, Medellín.

- Schnitter, M. (2016). Conferencia magistral, clase de maestría en psicología. Universidad del Norte -Barranquilla, Medellín.
- Schnitter, M. (2017). Conferencia magistral, clase de maestría en psicología. Universidad del Norte -Barranquilla, Medellín.
- Spitz, R. (2012). El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica: México.
- Stake, R. (2013). Estudios de casos cualitativos. In D. Norma & L. Yvonna (Eds.), *Las estrategias de investigación cualitativa* (pp. 154–197). Gedisa .
- Stern, D. (1978). *La primera relación madre-hijo*. (S. . EDICIONES MORATA, Ed.). Madrid.
- Strauss & Corbin, (2008). *Bases de la investigación cualitativa : técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín : Universidad de Antioquia.
- Tizón, J. (2007). La muerte en tanto en tanto qué pérdida. *Clínica E Investigación Relacional*, 1 (2), 372–393. Retrieved from http://www.agorarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V1N2_2007/03J_Tizon_Muerte en tanto que perdida de la vida_CeIR_V1N2.pdf
- Trujillo Rodríguez, C. (2009). Razonamiento clínico del psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio.Universidad de San Buenaventura. Retrieved from http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/210/1/Razonamiento_Clinico_Psicologo_Trujillo_2009.pdf
- Ulloa F, R., Contreras, H. C., Paniagua, N, K. & Figueroa, G, V. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Artículo*, 36(5), 417–420. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010

- Unamuno, M. de. (n.d.). Hay ojos que miran, hay ojos que sueñan... Retrieved from <https://www.poemas-del-alma.com/hay-ojos-que-miran.htm>
- Universidad Industrial de Santander. (2014). Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida, 32. Retrieved from https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, M., Montes, C., Igor, M., & Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1)
- Winnicott, D. (1964). El recién nacido y su madre. Conferencia. Retrieved from <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/reclnacma.htm>
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría emocional*. (Paidós, Ed.). Barcelona.
- Winnicott, D. (1996). *El hogar, Nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. (Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Winnicott, D. (2009). *El niño y el mundo externo*. (Horme-Paidós, Ed.). Buenos Aires.
- Xavier, A. Cunha, M & Pinto, J. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Psicopatología Y Psicología Clínica*, 20, 41–49. Retrieved from http://www.aepcp.net/arc/04_2015_n1_marina_pinto.pdf

